

**SALUTISMO.
ANÁLISIS SOBRE LA
DISCRIMINACIÓN EN EL
TRABAJO POR ESTADO DE
SALUD EN LA CIUDAD DE
MÉXICO**



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



COPRED

Clara Marina Brugada Molina
Jefa de Gobierno de la Ciudad de México

César Arnulfo Cravioto Romero
Secretario de Gobierno de la Ciudad de México

Araceli Damián González
Secretaria de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México

Geraldina González de la Vega Hernández
Presidenta del Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad
de México

Salutismo. Análisis sobre la discriminación en el trabajo por estado de salud en la Ciudad de México.

©2025 CONSEJO PARA PREVENIR Y ELIMINAR LA DISCRIMINACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO (COPRED)

General Prim 10, Col. Centro (área 2),
Alcaldía Cuauhtémoc,
Ciudad de México, 06010.

Autoría

Ximena Gómez Gutiérrez
Rodrigo Hernández Pareja

Coordinación editorial

Georgina Ivana Ontiveros Rivera
Maricela Hernández Martínez

Diseño de portada

Ximena Gómez Gutiérrez

Diseño web

Ximena Gómez Gutiérrez

Formación documento accesible

Ximena Gómez Gutiérrez
Alejandra Estrada Esparza

Primera edición

Octubre de 2025

ISBN Obra independiente: 978-970-96747-3-6

Se sugiere citar este documento como:

Gómez Gutiérrez, Ximena y Hernández Pareja, Rodrigo. (2025). Salutismo. Análisis sobre la discriminación en el trabajo por estado de salud en la Ciudad de México. México: Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México, COPRED.

Este documento cuenta con los criterios básicos de accesibilidad.

El contenido de esta investigación es responsabilidad de la persona autora y no refleja el punto de vista del COPRED. Se autoriza la reproducción total o parcial por razones educativas o sin ánimo de lucro, siempre y cuando la fuente sea citada. No se permite hacer uso de esta publicación con fines comerciales o de lucro.

Índice

INTRODUCCIÓN:	1
I. DISCRIMINACIÓN POR ESTADO DE SALUD.	4
I.I Definición de discriminación y datos ilustrativos	4
I.II ¿Qué es la discriminación por estado de salud?	9
I.III Salutismo como sistema de opresión.	12
a) Salutismo y capacitismo	13
b) Salutismo y clasismo	14
c) Salutismo y sexismo	14
d) Salutismo y racismo	15
e) Salutismo y edadismo	15
f) Salutismo y LGBT+fobias	16
II. ESTADO DE SALUD COMO CATEGORÍA PROTEGIDA LEGALMENTE.	18
II.I Normativa internacional	19
II.II Normativa nacional	21
II.III Normativa local	24
III. ANÁLISIS DE LOS AVANCES SOBRE LA PROTECCIÓN AL ESTADO DE SALUD	27
III.I Ejemplos internacionales	28
III.I.A España	28
III.I. B Estados Unidos	29
III.I.C Caso Canadá	30
III.II. Ejemplos Nacionales	30
III.III. Ejemplos locales	32
IV. SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS CASOS ATENDIDOS POR EL COPRED	36
IV.I Proceso para presentar una queja	37
¿Quién puede presentar una queja?	37
¿Cómo presentar una queja?	38
Requisitos de admisión	38
Pasos detallados del procedimiento	38
Importancia de presentar una denuncia	39
V.II ANÁLISIS DE LOS CASOS, MEDIOS DE INGRESO Y MOTIVOS DE CONCLUSIÓN.	40
Año de ingreso	41
Medio de ingreso	43
Causales de cierre	45
Grupo poblacional	47

Distribución por alcaldía	50
V.III. ANÁLISIS DEL ESTADO DE SALUD Y CARACTERÍSTICAS DE LAS EMPRESAS	52
Sector Económico	52
Giro y actividad	54
Ocupaciones	56
Subcontratación	59
Principales estados de salud	60
a) Embarazo	62
b) VIH/SIDA	64
c) Discapacidad física-motriz	66
d) Lesión	69
e) Discapacidad sensorial	72
f) Enfermedades crónico-degenerativas	74
g) Cáncer	76
h) Discapacidad psicosocial	78
i) Afecciones neurológicas degenerativas	80
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	85
Empresas y Centros de Trabajo	85
Gobierno y Autoridades Competentes	85
Para la Sociedad Civil y Organizaciones No Gubernamentales	86
ANEXOS	87
Anexo 1. Tabla de NOMS	87
Anexo 2. Listado completo giro o actividad	89
Anexo 3. Listado de ocupaciones completo y desglosado	91
Anexo 4. Estados de salud completo y desglosado	96
Anexo 5. Prácticas discriminatorias completo por giro y/o actividad.	99
BIBLIOGRAFÍA:	112

Índice de tablas

Tabla 1. Número de quejas por año.	41
Tabla 2: 10 ocupaciones más frecuentes	56
Tabla 3 : Distribución discapacidad física-motriz	66
Tabla 4: Distribución tipo de lesión	69
Tabla 5: Distribución discapacidad sensorial	72

Tabla 6: Distribución enfermedades crónico degenerativas	74
Tabla 7. Distribución discapacidad psicosocial	78
Tabla 8 Distribución afección neurológica	80

Índice de gráficos

Ilustración 1 Quejas por medios de ingreso.	43
Ilustración 2 Causales de Cierre.	45
Ilustración 3 Distribución por género.	47
Ilustración 4 Grupo poblacional.	48
Ilustración 5 Distribución por Alcaldía.	50
Ilustración 6 Sector económico.	53
Ilustración 7 Quejas registradas en el COPRED	61
Ilustración 8 Principales prácticas discriminatorias en el embarazo.	63
Ilustración 9 . Pretensión del peticionario (cáncer)	77
Ilustración 10. Afecciones neurológicas degenerativas y giro.	81

Introducción:

La discriminación laboral por estado de salud (se utiliza el término estado de salud y no condición de salud para destacar su carácter dinámico —puede cambiar en el tiempo— y contextual, pues depende del entorno social y laboral) es una problemática persistente que refleja las desigualdades estructurales del mercado laboral en México y el mundo. Este fenómeno afecta los derechos fundamentales de las personas trabajadoras, limitando su acceso a oportunidades, permanencia y desarrollo profesional. En los últimos 13 años, el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED) ha recibido cientos de quejas que evidencian cómo esta forma de exclusión opera en diversos sectores laborales. Este documento tiene como objetivo analizar cuantitativa y cualitativamente dichos casos, sistematizar la información, y complementar con un análisis de marcos normativos y experiencias internacionales para proponer estrategias efectivas de prevención y atención de este tipo de discriminación.

La estructura del documento se divide en cinco capítulos principales. En el primer capítulo, se introducen las bases teóricas del análisis con una definición amplia de discriminación y un enfoque específico en la discriminación por estado de salud. Se aborda el concepto de salutismo, entendido como un sistema de opresión que refuerza prejuicios y exclusión hacia personas que no cumplen con estándares normativos de salud y corporalidad.

El segundo capítulo examina el marco normativo que protege el estado de salud como categoría en el ámbito laboral. Incluye un análisis de los referentes internacionales, nacionales y locales, destacando los vacíos legales y las áreas de oportunidad para la implementación efectiva de la normativa.

En el tercer capítulo, se analizan los avances en la protección del estado de salud como derecho humano y laboral. Se revisan experiencias internacionales de países como España, Estados Unidos y Canadá, así como políticas nacionales y locales en Ciudad de México, para identificar buenas prácticas y áreas de mejora.

El cuarto capítulo se centra en la sistematización y análisis de las quejas atendidas por el Consejo relacionadas con discriminación por estado de salud. Este apartado ofrece un

desglose detallado de las prácticas discriminatorias más comunes, los sectores laborales más afectados y las dinámicas que agravan y complejizan esta problemática, como el género y la subcontratación.

Finalmente, el quinto capítulo presenta recomendaciones dirigidas a empresas y otras instituciones públicas y privadas. Estas propuestas buscan mejorar las políticas y prácticas para prevenir la discriminación laboral por estado de salud, fomentar entornos laborales inclusivos y promover el respeto a los derechos humanos en el trabajo.

El análisis no solo busca visibilizar la magnitud y las dinámicas de la discriminación por estado de salud, sino también proporcionar herramientas concretas para combatirla. Al integrar datos empíricos, análisis normativos y referentes internacionales, este documento pretende ser una guía integral para fortalecer la igualdad laboral y reducir las desigualdades estructurales que afectan a las personas trabajadoras.

Nota metodológica:

El análisis del salutismo como sistema de opresión en esta investigación surgió de un exhaustivo examen de casos y expedientes de quejas, donde se leyó detenidamente la narrativa de cada situación reportada. Este proceso reveló patrones de exclusión que trascienden las categorías utilizadas por el área de atención del COPRED, lo que nos llevó a construir categorías analíticas específicas para este estudio que, si bien se inspiran en los registros institucionales, no necesariamente coinciden con la estructura de la base de datos del consejo. En esta lógica, es indispensable señalar que, si bien las categorías de embarazo, discapacidad y estado de salud no deben entenderse como equivalentes desde el punto de vista médico ni jurídico, comparten puntos comunes en los patrones de discriminación laboral identificados, bajo el prisma del salutismo, estas tres condiciones son objeto de prácticas de exclusión sustentadas en criterios de funcionalidad, productividad y normatividad corporal, lo que justifica su análisis conjunto sin desconocer sus diferencias sustantivas

A través de este enfoque cualitativo, se identificó que el salutismo opera mediante tres ejes fundamentales: parámetros de funcionalidad (que exigen un desempeño físico y mental normativo), estándares estéticos (que privilegian ciertas corporalidades) y normas políticas

(que medicaliza procesos naturales). Esta triangulación analítica permitió agrupar fenómenos como la discriminación por discapacidad y embarazo bajo un mismo marco conceptual, pese a que en los sistemas institucionales aparecen como categorías separadas.

En el caso de la discapacidad, el rechazo laboral frecuentemente responde a prejuicios sobre capacidad productiva antes que a limitaciones reales, evidenciando cómo el sistema salutista valora únicamente cuerpos que cumplen con ideales de funcionalidad normativa. De igual forma, el embarazo es penalizado al ser percibido como una interrupción a la productividad continúa, mostrando la intersección entre salutismo y sexismo en la regulación de los cuerpos gestantes.

Esta aproximación no contradice los marcos normativos existentes, sino que propone una lectura crítica que revela los mecanismos comunes detrás de formas aparentemente distintas de discriminación. Al examinar cómo operan conjuntamente los parámetros de funcionalidad, estética y política corporal, el análisis del salutismo permite identificar las estructuras que naturalizan la exclusión de cuerpos no normativos en el espacio laboral y social

I. Discriminación por estado de salud.

I.I Definición de discriminación y datos ilustrativos

Según Jesús Rodríguez Zepeda (2021):

la discriminación es una conducta, culturalmente fundada y socialmente extendida, de desprecio contra una persona o grupo de personas sobre la base de prejuicios o estigmas relacionados con una desventaja inmerecida, y que tiene por efecto (intencional o no) anular o limitar tanto sus derechos y libertades fundamentales como su acceso a las oportunidades socialmente relevantes de su contexto social (p. 60).

Este concepto abarca tanto actos individuales como procesos institucionales que perpetúan desigualdades en el acceso a recursos y oportunidades.

Por su parte, Patricio Solís define la discriminación como un "conjunto de prácticas informales o institucionalizadas que niegan el trato igualitario o producen resultados desiguales para ciertos grupos sociales, afectando su acceso a derechos y reproduciendo desigualdades sociales" (pp. 33-34). Este enfoque enfatiza la dimensión estructural del fenómeno, destacando su arraigo en sistemas de dominación que operan más allá de las intenciones individuales.

El COPRED complementa esta visión al definir la discriminación como "cualquier acto u omisión que anule o menoscabe los derechos de las personas con base en características como origen étnico, género, condición socioeconómica o condición de salud" (GODF, 2015). En este marco, la discriminación no es solo un acto intencional, sino también el resultado de normas y prácticas que reproducen desigualdades de manera sistémica.

La discriminación se considera estructural porque está inscrita en las normas, instituciones y prácticas que organizan la sociedad. Como explica Patricio Solís, este fenómeno se manifiesta a través de:

Relaciones de dominación: La discriminación legitima y perpetúa relaciones asimétricas de poder, beneficiando a ciertos grupos a expensas de otros. Por ejemplo: En contextos laborales, los hombres ocupan históricamente los puestos de liderazgo, mientras que las mujeres enfrentan barreras invisibles a las que se les suele llamar **techo de cristal**. Esto legitima la idea

de que los hombres son “más aptos” para el liderazgo, perpetuando una relación de dominación en el mercado laboral generando que las mujeres tengan menos acceso a posiciones de toma de decisiones, menores salarios y menos representación en espacios públicos.

Acumulación de desventajas: Las prácticas discriminatorias generan desventajas que se acumulan a lo largo de la vida de las personas y se transmiten entre generaciones. Por ejemplo: Niñas de comunidades rurales con acceso limitado a la educación primaria tienen menos oportunidades de obtener empleo digno. Al crecer, esto perpetúa su condición de pobreza y reduce su capacidad de ofrecer mejores oportunidades a sus hijos/as. Lo anterior genera un impacto generacional donde sus hijos también enfrentan la falta de educación y pobreza estructural, transmitiéndose las desventajas.

Impactos macro-sociales: Estas dinámicas estructurales tienen consecuencias en la desigualdad de acceso a derechos fundamentales, como la educación, el trabajo y la salud. Por ejemplo: La discriminación racial y de género restringe el acceso de ciertos grupos (como mujeres o personas racializadas) a trabajos formales y bien remunerados, esto amplía la brecha de ingresos, limita la movilidad económica y reduce la recaudación fiscal, afectando el bienestar general.

La Encuesta sobre discriminación en la Ciudad de México (EDIS), refuerza la comprensión de la discriminación como fenómeno estructural al señalar que 25.2% de las personas encuestadas experimentaron discriminación. Entre los espacios donde este fenómeno ocurre con mayor frecuencia destacan el trabajo (33%), en la calle (22%), en alguna institución pública (9.2%) y en la escuela en un (9.1%). Las principales razones reportadas incluyen por edad (8.2%), peso (7.6%), imagen (6.3%), ser mujer (5.6%), por su discapacidad (3.9%) y por su enfermedad (3.2%), lo que evidencia cómo las desigualdades estructurales afectan de manera desproporcionada a ciertos grupos, especialmente aquellos históricamente excluidos (EDIS,2012 20-34)

La discriminación no es un acto aislado, sino un sistema que opera en todos los ámbitos de la acción humana, incluyendo la educación, la salud, la administración de justicia y, particularmente, el trabajo. Este diagnóstico se centrará en la discriminación laboral,

examinando tanto las prácticas discriminatorias individuales como las prácticas institucionalizadas, las cuales se consolidan en normativas y procedimientos dentro de organizaciones públicas y privadas.

Previo a profundizar en la discriminación por estado de salud en el ámbito laboral es fundamental definir, qué entendemos por discriminación laboral. Según Castro (2019), esta se refiere a toda distinción, exclusión o preferencia de trato que, ocurrida con motivo o con ocasión de una relación de trabajo, se base en un criterio de raza, color, sexo, religión, sindicación, opinión política o cualquier otro que se considere irracional o injustificado, y que tenga por efecto alterar o anular la igualdad de trato en el empleo y la ocupación (pp. 23).

Este concepto no solo abarca el acceso al empleo, sino también todas las condiciones vinculadas al ejercicio de los servicios profesionales.

La discriminación en el ámbito laboral es especialmente relevante debido a que el empleo, además de ser un medio para generar ingresos, es un espacio de desarrollo personal y profesional (OIT, 2020). La exclusión de oportunidades laborales no solo restringe la capacidad de las personas para aplicar sus potencialidades, sino que también genera barreras para su crecimiento personal y contribuye a la perpetuación de desigualdades. En este sentido, las desigualdades en remuneración y acceso a oportunidades no siempre reflejan diferencias en la calificación o productividad, sino que a menudo son el resultado de prejuicios hacia colectivos que no encajan en los parámetros contruidos socialmente. En el caso específico de la discriminación por estado de salud, en parámetros físicos, ideológicos o sociales del imaginario de "persona sana".

La salud, entendida no solo como la ausencia de enfermedad sino como un estado de bienestar físico, mental y social, es una construcción social y cultural que determina quiénes son considerados "aptos" o "capaces" dentro de una sociedad. En este contexto, la discriminación surge como un fenómeno que excluye o limita a las personas con base en prejuicios y estereotipos relacionados con su estado de salud, marginando especialmente a quienes no cumplen con estándares normativos de funcionalidad física o mental. Esta forma de discriminación se vuelve particularmente evidente en el ámbito laboral, donde la productividad y el rendimiento son valorados por encima de la dignidad y los derechos

humanos de las personas trabajadoras. La discriminación en el trabajo por estado de salud no solo perpetúa desigualdades estructurales, sino que también refuerza sistemas de opresión más amplios, como el capacitismo y el clasismo, al impedir el acceso equitativo a oportunidades laborales y al relegar a ciertos grupos a situaciones de vulnerabilidad económica y social.

La Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2022 representa un esfuerzo significativo para visibilizar las múltiples dimensiones de la discriminación en México, incluyendo su impacto en el acceso al empleo. Los resultados evidencian cómo ciertos prejuicios y estigmas limitan las oportunidades laborales. Por ejemplo, el 14.6% de la población no estaría de acuerdo en contratar a una persona que vive con VIH/SIDA, mientras que el 4.3% rechaza emplear a mujeres embarazadas o con hijos pequeños, y el 4.7% se niega a dar trabajo a personas con discapacidad (INEGI, 2022, p. 36). Estos datos muestran cómo el estado de salud, la maternidad y las condiciones físicas se perciben como obstáculos en el mercado laboral, reforzando estigmas y limitando la integración de estos grupos. Además, el 44.9% de las personas con discapacidad, el 44% de la población migrante y el 31.7% de la población afrodescendiente reportaron haber experimentado discriminación durante la búsqueda de empleo, lo que refleja barreras sistemáticas que perpetúan la exclusión laboral (INEGI, 2022, p. 86).

Por su parte, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021 profundiza en la violencia y discriminación laboral hacia las mujeres, revelando que el 27.9% de las mujeres de 15 años o más ha experimentado algún tipo de violencia en el entorno laboral. La discriminación es la forma más común de violencia reportada, con un 18.1%, seguida de la violencia sexual (14.4%) y la violencia psicológica (12.2%) (INEGI, 2021, pp. 33-35). Estos datos no solo demuestran las brechas de género en el ámbito laboral, sino que también sugieren una doble vulnerabilidad cuando el estado de salud de las mujeres se convierte en un factor adicional de exclusión y violencia.

La relación entre los resultados de la ENADIS 2022 y la ENDIREH 2021 es clara: ambos instrumentos coinciden en que las prácticas discriminatorias y las violencias estructurales son prevalentes en el entorno laboral, afectando principalmente a mujeres, personas con

discapacidades y personas con estados de salud específicos. A nivel local, la Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México (EDIS, 2021) refuerza estos hallazgos, mostrando que en la capital mexicana los datos reflejan cómo la discriminación atraviesa diversos sectores de la población, siendo el estado de salud, el género, el origen étnico, la edad y la orientación sexual algunos de los principales factores que limitan el acceso equitativo a derechos.

La EDIS revela que la discriminación estructural también afecta de manera desproporcionada a otros grupos históricamente vulnerados. Por ejemplo, las personas con discapacidad enfrentan barreras sistémicas en su integración al mercado laboral. Estas barreras incluyen la falta de infraestructura accesible, la negativa a realizar ajustes en los espacios de trabajo y los prejuicios sobre su capacidad productiva. La encuesta muestra que el 44.9% de las personas con discapacidad han experimentado discriminación en procesos de contratación, lo que refuerza la exclusión económica y social que viven este grupo.

Otro sector afectado es la población indígena y racializada. De acuerdo con la EDIS, estos grupos enfrentan discriminación tanto en la búsqueda de empleo como en la permanencia en los espacios laborales, motivada por estereotipos culturales, racismo y falta de políticas inclusivas. La población afrodescendiente, por ejemplo, reporta que el 31.7% ha sido discriminada en el acceso al trabajo, situación que también se ve reflejada en los datos nacionales de la ENADIS 2022 (INEGI, 2022). Estas cifras evidencian cómo la intersección del racismo con otros sistemas de opresión, como el clasismo y el salutismo, perpetúa la exclusión económica y social de estos grupos.

Asimismo, la población migrante en la Ciudad de México enfrenta obstáculos adicionales en el ámbito laboral. La EDIS refleja que el 44% de las personas migrantes reportaron haber vivido discriminación al buscar empleo, motivada por su origen extranjero y el estigma de que no cumplen con los estándares laborales locales. Esto se traduce en empleos precarizados, salarios bajos y exclusión de beneficios laborales.

I.II ¿Qué es la discriminación por estado de salud?

Previo a profundizar en el análisis, es importante realizar una aclaración sobre el uso de los términos “estado de salud” y “condición de salud”, en textos en español sobre discriminación

laboral por **estado** de salud es común observar que se utilice “condición de salud”, debido a errores en la traducción, sin embargo, este estudio argumenta que “estado de salud” es el término más adecuado, basado en el análisis etimológico. La palabra “estado” proviene del latín status, que significa "situación o posición circunstancial", lo que resalta su naturaleza dinámica y temporal. Por otro lado, “condición” deriva de **condicio**, que implica "carácter permanente o atributo fijo", lo cual refuerza una percepción inmutable y estigmatizante (Real Academia Española, 2023). En consecuencia, el uso de “estado de salud” permite abordar esta temática desde una perspectiva inclusiva y neutral, reconociendo que la salud puede ser transitoria y, por lo tanto, no debe convertirse en una etiqueta que limite la dignidad y los derechos de las personas (Carhuachín, 2013). Además, en políticas públicas y marcos de derechos humanos, el lenguaje debe ser preciso e inclusivo para evitar prejuicios estructurales y garantizar la igualdad de trato. La adopción del término “estado de salud” contribuye a desmantelar estigmas y promover políticas que aseguren los derechos fundamentales sin exclusión ni discriminación pues, por un lado, visibiliza cómo las condiciones estructurales, como el acceso a servicios y la discriminación influyen en la salud, en lugar de reducirla a una “condición” individualizada, por otro lado, se reconoce la variabilidad y temporalidad de la salud (Llédo, 2009).

Este tipo de discriminación encuentra sus raíces en la construcción social, médica y cultural de los conceptos de "salud" y "cuerpo sano". Históricamente, estos conceptos se han articulado a través de discursos que establecen estándares normativos sobre qué significa ser saludable, promoviendo la exclusión de aquellos que no se ajustan a estas nociones idealizadas (Foucault, 1996b).

El cuerpo sano es una construcción social que se configura a partir de significados históricos, culturales y científicos, los cuales varían en el tiempo y responden a contextos específicos. En este proceso, la biopolítica y las tecnologías de poder, conceptos fundamentales desarrollados por Michel Foucault, desempeñan un rol central al regular los cuerpos y establecer normas que delimitan lo que debe considerarse normal o anómalo.

La biopolítica, según Foucault (1996a), hace referencia a la forma en que el poder moderno se ejerce no sólo sobre individuos, sino sobre poblaciones enteras, gestionando y regulando sus

cuerpos, la salud, la reproducción y otros aspectos vitales. A través de políticas, discursos médicos, normativas legales y prácticas institucionales, la biopolítica optimiza y controla la vida, alineándola con los intereses del poder dominante.

Por otro lado, las tecnologías de poder son los mecanismos y estrategias que permiten esta regulación. Estas tecnologías no son exclusivamente represivas, sino que actúan de manera sutil, produciendo saberes y definiendo qué comportamientos, cuerpos y estados son deseables o indeseables. Se manifiestan en prácticas como la medicina, la educación, el deporte, la industria de la belleza y otros campos que moldean el cuerpo en relación con estándares de salud, productividad y estética.

En este contexto, los estándares que determinan quién es considerado sano o enfermo no son neutrales, sino que reflejan y refuerzan jerarquías sociales. Se valoran ciertos tipos de cuerpos (aquellos que se ajustan a las normas dominantes: jóvenes, delgados, funcionales, heteronormativos, etc.), mientras que otros son excluidos o considerados "anormales", como los cuerpos racializados, con discapacidad, envejecidos o no conformes con los cánones de género. Estas categorizaciones sirven para disciplinar y controlar a los individuos, internalizando un ideal de cuerpo sano que reproduce desigualdades estructurales.

La biopolítica utiliza tecnologías de poder para regular los cuerpos en función de intereses sociales, económicos y políticos, estableciendo qué se entiende por un cuerpo "normal" o "anómalo". Este proceso no sólo determina qué cuerpos son valorizados, sino que también perpetúa jerarquías sociales y prácticas excluyentes, convirtiendo la salud y la normatividad en dispositivos de control sobre la vida misma

Históricamente, la discriminación por motivo salud ha operado como un mecanismo de exclusión sistemática. En la Edad Media, por ejemplo, las personas enfermas de lepra eran segregadas en espacios específicos como una forma de "purificar" la sociedad (Foucault, 1996b). En la modernidad, esta exclusión se institucionaliza a través de políticas y prácticas laborales que penalizan a quienes no se ajustan a la norma médica. Esto se refleja en el mercado laboral contemporáneo, donde los exámenes médicos son usados para justificar la exclusión de ciertas personas trabajadoras (Rodríguez Zoya, 2022).

El salutismo, como fenómeno biopolítico, no solo discrimina a nivel individual, sino que perpetúa desigualdades estructurales mediante la promoción de un ideal de salud inalcanzable. Este ideal se refuerza mediante discursos publicitarios que convierten la salud en una mercancía y patologizan aspectos normales de la vida, como el envejecimiento o el embarazo (Sfez, 2008), es decir, se manejan como si fuera un problema un “mal” que aqueja a la persona y no algo normal y común de la vida. De este modo, se crea un ciclo en el que las personas son constantemente medicalizadas y sometidas a estándares inalcanzables. Por ejemplo, la industria de la belleza promueve cuerpos extremadamente delgados, tonificados y jóvenes como símbolos de salud y éxito, lo cual excluye realidades corporales diversas y lleva a prácticas dañinas, como el uso excesivo de suplementos, cirugías estéticas innecesarias y dietas extremas.

El salutismo establece que las personas deben cumplir con estándares normativos de funcionalidad física y mental para ser consideradas valiosas o productivas, promoviendo una visión limitada y excluyente de la capacidad humana. Además, los prejuicios y estigmas hacia condiciones como el VIH/SIDA, las discapacidades visibles o las enfermedades mentales perpetúan estereotipos que marginan y excluyen a quienes no se ajustan a estas normas.

La discriminación no se presenta simplemente para vulnerar los derechos y libertades de algún grupo de personas, sino que está estrechamente relacionada con la institucionalización de relaciones de dominación, opresión y explotación. Es decir, más allá del acto individual, la discriminación valida la distribución asimétrica de poder y privilegios para un determinado sector, a la par de que se degrada a otro que es privado de posibilidades y derechos (Krieger 2014, pp. 643).

Asimismo, la institucionalización de la desigualdad refuerza estas dinámicas mediante políticas, prácticas y estructuras laborales o sociales que normalizan la exclusión de personas con estados de salud específicos. Las desigualdades estructurales, como la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud y la discriminación histórica hacia ciertos grupos, agravan la vulnerabilidad de las personas que enfrentan este tipo de discriminación.

Durante los procesos de selección y contratación, es común la exclusión de candidatos y candidatas con estados de salud específicos mediante la exigencia de exámenes médicos

discriminatorios o preguntas inapropiadas sobre el estado de salud durante entrevistas laborales.

El hostigamiento y estigmatización también son frecuentes, a través de lenguaje despectivo, exclusión de actividades laborales y trato diferenciado hacia personas empleadas con condiciones visibles o conocidas. Finalmente, los despidos injustificados suelen ser una práctica común, con contratos terminados basándose en diagnósticos médicos o ausencias justificadas por razones de salud.

Hay una tendencia del mercado en convertir todo en un **medio** para obtener un **fin**, incluso a las personas mismas. Las personas empleadoras ven las diferencias individuales como obstáculos o riesgos, porque priorizan la eficiencia y la acumulación de capital sobre los derechos.

I.III Salutismo como sistema de opresión.

Un sistema de opresión es un conjunto de estructuras, normas y discursos que sostienen y perpetúan relaciones desiguales de poder, favoreciendo a ciertos grupos sociales mientras marginan a otros. Según Young (1990, p.40), estos sistemas operan en niveles estructurales, culturales e interpersonales, limitando el acceso a derechos y oportunidades a individuos o comunidades según su pertenencia a categorías sociales específicas. La opresión no solo se manifiesta de manera explícita, sino también a través de procesos de normalización que legitiman y naturalizan desigualdades.

En este contexto, el salutismo puede entenderse como un sistema de opresión que discrimina y estigmatiza a las personas en función de su estado de salud o capacidad funcional. Este sistema promueve estándares arbitrarios sobre lo que se considera “saludable” o “funcional”, invisibilizando las determinantes estructurales y sociales que impactan el acceso a la salud y al bienestar (Lupton, 2012). El salutismo refuerza la idea de que la salud es una responsabilidad individual, generando discursos que culpan a las personas por sus estados de salud, al tiempo que se exigen niveles de rendimiento físico, estético y funcional imposibles para todos los cuerpos.

Desde la perspectiva de Michel Foucault (1996), la medicina se convierte en una herramienta política que regula los cuerpos, estableciendo normativas de vigilancia y control. Así, la salud se vuelve un requisito para la inclusión social y el reconocimiento, marginando a quienes no cumplen con estos estándares impuestos.

La discriminación por estado de salud se refiere a la exclusión, limitación o vulneración de derechos hacia personas debido a su situación de salud, ya sea temporal o permanente. Esta forma de discriminación refuerza las desigualdades estructurales, al considerar el estado de salud como un factor determinante del valor individual y de la inclusión en la sociedad.

El acceso a la atención médica también refleja desigualdades estructurales. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), el 25% de la población en México carece de acceso a servicios de salud, lo que demuestra la relevancia de factores económicos, sociales y culturales en la determinación del estado de salud. Además, personas en situación de pobreza o pertenecientes a grupos indígenas enfrentan mayores obstáculos para recibir atención médica.

Esta discriminación no ocurre de manera aislada, sino que se entrelaza con otros sistemas de opresión como el clasismo, el capacitismo, el racismo, el sexismo, el edadismo y la LGBT+fobia.

a) Salutismo y capacitismo

El capacitismo discrimina a las personas que no cumplen con estándares normativos de funcionalidad física o mental, al considerarlas "menos productivas". En este contexto, el salutismo refuerza el capacitismo al exigir que los cuerpos y mentes sean "útiles" o "productivos" bajo criterios arbitrarios y excluyentes. Por ejemplo, una persona con discapacidad física que puede desempeñar perfectamente sus funciones laborales podría ser excluida del ámbito laboral debido a prejuicios sobre su capacidad para cumplir con estándares de productividad.

Esta relación no solo afecta el acceso al trabajo, sino también al bienestar general de las personas con discapacidades, quienes enfrentan mayores barreras en la atención médica, la educación y la participación social. El salutismo perpetúa la idea de que los cuerpos no

normativos son una carga económica o social, lo que invisibiliza las contribuciones valiosas que estas personas pueden realizar en entornos accesibles e inclusivos.

b) Salutismo y clasismo

El clasismo amplifica las dinámicas del salutismo al crear barreras estructurales para las personas de bajos ingresos, quienes tienen un acceso limitado a servicios de salud, educación y empleo de calidad. En este caso, el salutismo refuerza el clasismo al naturalizar la exclusión de personas en situación de pobreza, atribuyendo su estado de salud a "malas decisiones" o a una supuesta falta de responsabilidad individual, sin considerar las condiciones estructurales que determinan su acceso a recursos.

Por ejemplo, una persona de bajos ingresos con enfermedades prevenibles como la diabetes o hipertensión puede ser estigmatizada por no cumplir con estándares de salud, ignorando que su limitada capacidad económica le impide acceder a una dieta balanceada o a tratamientos médicos regulares. Esta dinámica perpetúa un ciclo de exclusión, donde las condiciones de salud refuerzan la pobreza y viceversa.

c) Salutismo y sexismo

El sexismo discrimina a las mujeres y personas no conformes con el género normativo, especialmente en lo referente a su salud reproductiva y roles de cuidado. El salutismo intersecta con el sexismo al medicalizar procesos naturales como el embarazo o la menopausia, percibiéndolos como obstáculos para la productividad laboral.

Además, el cuidado de la salud de dependientes, como infancias, personas mayores o familiares con alguna enfermedad, recae desproporcionadamente sobre las mujeres, lo que limita su participación en el ámbito laboral. Esta carga se ve agravada por la falta de políticas laborales inclusivas, como horarios flexibles, licencias de maternidad adecuadas o espacios para lactancia. El salutismo, al igual que el sexismo, refuerza la idea de que estas condiciones representan un obstáculo para la productividad, en lugar de reconocer la necesidad de adaptar las estructuras laborales para promover la equidad de género.

d) Salutismo y racismo

El racismo intersecta con el salutismo al perpetuar desigualdades en el acceso a servicios de salud y oportunidades laborales para comunidades racializadas. En México, por ejemplo, los pueblos indígenas enfrentan mayores tasas de enfermedades crónicas, menor acceso a servicios de salud de calidad y condiciones laborales más precarias. Estas comunidades son frecuentemente excluidas del empleo formal debido a prejuicios sobre su capacidad física o mental, lo que refuerza su marginación económica y social.

El salutismo refuerza esta exclusión al patologizar a las comunidades racializadas, considerando sus condiciones de salud como una "diferencia natural" en lugar de una consecuencia de desigualdades estructurales. Por ejemplo, la alta incidencia de desnutrición o enfermedades prevenibles en comunidades indígenas se utiliza para justificar su exclusión, en lugar de abordar las barreras sistémicas que limitan su acceso a servicios y recursos. De manera similar, en las poblaciones afrodescendientes, estudios señalan que la hipertensión es más prevalente debido a factores socioeconómicos y ambientales, como el estrés crónico y la exclusión médica (Cooper & Rotimi, 1997).

e) Salutismo y edadismo

El edadismo, discrimina tanto a personas mayores como a juventudes, al asociar la productividad y salud con la edad. Las personas mayores son percibidas como menos saludables o capaces, lo que resulta en su exclusión de procesos de contratación y promoción laboral, incluso cuando tienen la experiencia y las habilidades necesarias para desempeñarse de manera eficaz.

Esta discriminación no solo limita sus oportunidades laborales, sino que también invisibiliza sus necesidades de salud. Por ejemplo, el acceso a tratamientos médicos adecuados para enfermedades relacionadas con la edad puede ser negado o minimizado debido a prejuicios sobre su valor social o económico. El salutismo, al igual que el edadismo, refuerza la idea de que las personas mayores son una carga en lugar de reconocer sus contribuciones y necesidades específicas. Por otro lado, las juventudes también son excluidas de empleos formales bajo la idea de "falta de experiencia". Por ejemplo, jóvenes recién graduados enfrentan barreras laborales, perpetuando ciclos de precarización económica.

f) Salutismo y LGBT+fobias

Las LGBT+fobias son formas de discriminación hacia personas de la diversidad sexual y de género (COPRED, 2019). El salutismo intersecta con esta opresión al patologizar identidades no normativas y negar el acceso a servicios médicos inclusivos. Por ejemplo, las personas trans enfrentan barreras para acceder a tratamientos hormonales o atención médica, mientras que las personas LGBT+ pueden ser excluidas de espacios de ejercicio físico por miedo a la discriminación y violencia. Estas dinámicas refuerzan la idea de que sus cuerpos son “no saludables” o “no normales”, invisibilizando su derecho al bienestar.

Hasta 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) eliminó la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y en 2019 se eliminó la categoría de trastorno mental a la transexualidad y el travestismo (CELS,2024).

Hablar del salutismo como un sistema de opresión en un país como México es no solo relevante, sino necesario, dado el contexto de desigualdad estructural y exclusión social que atraviesa a amplios sectores de la población. El salutismo, entendido como un conjunto de prácticas, estigmas y prejuicios que discrimina a las personas por su estado de salud o capacidad funcional, está profundamente arraigado en las dinámicas culturales, económicas y laborales del país. Este sistema perpetúa la exclusión de ciertos grupos sociales y refuerza las desigualdades preexistentes en un país que enfrenta retos históricos en el acceso a derechos básicos como la salud, el trabajo y la educación.

En México, las prácticas salutistas están tan integradas en la vida cotidiana que a menudo pasan desapercibidas. Desde la exclusión laboral basada en el estado de salud, hasta la negación de acceso a servicios médicos adecuados para personas con discapacidades, el salutismo está profundamente normalizado. Hablar de este sistema de opresión permite evidenciar cómo las normas sociales y culturales sobre la salud perpetúan desigualdades y exclusiones.

El salutismo refuerza la idea de que la salud es una obligación individual y un requisito para la inclusión social, ignorando las desigualdades estructurales que limitan el acceso a condiciones de vida saludables. En un país donde más del 40% de la población vive en pobreza (Coneval,

2022), es fundamental cuestionar cómo estas narrativas culpabilizan a los individuos por su estado de salud, sin reconocer las barreras sistémicas que enfrentan

II. Estado de salud como categoría protegida legalmente.

La falta de estudios sobre la discriminación por estado de salud en ámbitos laborales refleja, por un lado, la carencia de estadísticas y, por otro, la ausencia de iniciativas que permitan identificar los impactos y repercusiones de este tipo de discriminación. Sin embargo, diversos organismos internacionales, así como el marco normativo nacional y local de la Ciudad de México, han reconocido la existencia de prácticas discriminatorias por **condición** de salud, a partir de este momento utilizaremos el término “condición” pues en las normativas la protección contra el salutismo se indica de esta manera, en los espacios laborales. Con el fin de proteger, respetar y garantizar los derechos humanos de todas las personas, se ha abordado esta problemática en algunas legislaciones, acuerdos y leyes, generando así herramientas de protección para aquellos que, durante su vida laboral, se vean afectados por prácticas discriminatorias cuenten con elementos para proteger sus derechos al trabajo y a la no discriminación.

Es relevante señalar que, pese a la existencia de un marco normativo tanto a nivel nacional como internacional, las acciones emprendidas por organismos internacionales, el gobierno federal y el gobierno de la Ciudad de México siguen siendo insuficientes para proporcionar datos y estadísticas sobre esta problemática. Principalmente, esto se debe a que las medidas adoptadas hasta ahora se han centrado en el ámbito normativo, mientras que la implementación de acciones concretas en los espacios de trabajo sigue siendo un área poco explorada. Por ello, es urgente empezar a desarrollar estrategias de acción, como la difusión de las normativas laborales vigentes, la creación de proyectos que reconozcan y premien a los empleadores con buenas prácticas, así como el fortalecimiento de la vigilancia, la sanción y la educación en torno al salutismo en los lugares de trabajo.

El objetivo de este apartado es revisar la justificación, el contenido y el alcance del derecho a la no discriminación en el ámbito laboral, con el fin de esclarecer tanto las protecciones que brinda a las personas como las obligaciones que impone a las autoridades.

II.I Normativa internacional

El salutismo, encuentra una atención implícita en diversos tratados internacionales. Aunque el término no está explícitamente reconocido, el marco internacional de derechos humanos contiene disposiciones que promueven la igualdad y la no discriminación, incluyendo principios que contrarrestan las dinámicas salutistas. A continuación, presentamos un análisis detallado de los tratados más relevantes.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) establece principios fundamentales que rechazan cualquier forma de discriminación, incluida aquella basada en el estado de salud o la apariencia física. El Artículo 1 afirma que "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos", reconociendo la igualdad intrínseca de todas las personas y proporcionando un marco universal contra la exclusión (ONU,1948).

Por su parte, el Artículo 25 garantiza el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para asegurar su salud y bienestar, incluyendo el acceso a atención médica y servicios sociales esenciales. Este artículo, al priorizar el acceso universal a la salud sin distinciones basadas en funcionalidad o productividad, condena implícitamente las prácticas salutistas y promueve un enfoque inclusivo y equitativo hacia la dignidad humana (ONU,1948).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), ratificado por México en 1981 instituye disposiciones clave que promueven la igualdad y la no discriminación, abordando implícitamente dinámicas relacionadas con el salutismo. En su Artículo 7, reconoce el derecho de todas las personas a condiciones de trabajo justas y favorables, garantizando la igualdad de oportunidades y la protección contra la discriminación en el ámbito laboral. Este artículo es especialmente relevante para combatir prácticas discriminatorias hacia personas con condiciones de salud distintas, al exigir que sean tratadas con igualdad y respeto, desafiando la exclusión basada en percepciones limitadas sobre su "capacidad" (OHCHR, 1966).

Además, el Artículo 12 consagra el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, obligando a los Estados a garantizar el acceso equitativo a servicios de salud. Esta disposición requiere la eliminación de barreras discriminatorias

asociadas a estigmas sobre el estado de salud, promoviendo un enfoque inclusivo en la provisión de atención médica (OHCHR, 1966).

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979) aborda la discriminación por estado de salud desde una perspectiva de género. En su Artículo 11, prohíbe la discriminación laboral basada en el embarazo y las capacidades reproductivas de las mujeres, desafiando el salutismo al reconocer cómo los estereotipos de salud pueden marginalizar, a las personas gestantes, en el lugar de trabajo. Este artículo exige protección específica durante el embarazo y la maternidad, promoviendo la equidad laboral (OHCHR, 1981).

Por su parte, el Artículo 12 obliga a los Estados a eliminar las barreras en el acceso a servicios de salud para las mujeres, particularmente aquellos relacionados con la maternidad, confrontando las normas que marginalizan las capacidades reproductivas (OHCHR, 1981).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006) refuerza los principios de inclusión y equidad para personas con condiciones de salud diversas. En su Artículo 5 prohíbe toda forma de discriminación por discapacidad, incluyendo la negativa de ajustes razonables, desafiando el salutismo al exigir que las personas con necesidades específicas sean incluidas en los espacios laborales y sociales (Naciones Unidas 2006, p. 8).

Además, en el Artículo 27, se complementa este enfoque al reconocer el derecho al trabajo en igualdad de condiciones y garantizar la implementación de ajustes razonables para personas con condiciones de salud específicas, confrontando prácticas laborales que favorecen cuerpos "normativos" y excluyen la diversidad funcional (Naciones Unidas 2006, p. 22).

Los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desempeñan un papel crucial en la promoción de la igualdad y la no discriminación en el ámbito laboral, incluyendo aspectos relacionados con el estado de salud. El Convenio 111 sobre la Discriminación (1958) prohíbe toda forma de discriminación en el empleo y la ocupación, incluyendo aquellas basadas en la salud, garantizando la igualdad de oportunidades y trato (OIT, 1958). Por su parte, el Convenio 102 sobre Seguridad Social (1952) fomenta la protección social igualitaria, asegurando que el acceso a los beneficios de seguridad social no se vea limitado por el estado de salud de las

personas (OIT, 1952). Además, el Convenio 156 sobre Trabajadores con Responsabilidades Familiares (1981) reconoce la importancia de evitar la discriminación laboral derivada de condiciones relacionadas con responsabilidades familiares, como el cuidado de personas con enfermedades crónicas, promoviendo un enfoque inclusivo en los entornos laborales (OIT, 1981).

Finalmente, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015) refuerza estos principios desde un enfoque global. El Objetivo 3 promueve la salud y el bienestar universal, destacando la importancia de garantizar el acceso equitativo a servicios de salud para todas las personas, sin discriminación (UNDP, 2015). El Objetivo 8, por su parte, busca fomentar el trabajo decente y el crecimiento económico inclusivo, exigiendo la eliminación de barreras discriminatorias, incluidas aquellas basadas en el estado de salud, y contribuyendo a un entorno laboral más justo e inclusivo en todo el mundo (UNDP, 2015).

Aunque el salutismo no se menciona explícitamente en los tratados internacionales, sus manifestaciones discriminatorias son abordadas de forma implícita en principios de igualdad y no discriminación. Instrumentos como el PIDESC, la CEDAW, la CDPD y los convenios de la OIT proporcionan un marco normativo sólido para contrarrestar prácticas que violentan a las personas por su estado de salud, promoviendo la inclusión y la justicia social. La integración del concepto de salutismo en el análisis e implementación de estos tratados podría fortalecer aún más su impacto en la promoción de derechos humanos universales.

II.II Normativa nacional

En México, el marco normativo federal establece garantías para prevenir y eliminar la discriminación por condición de salud en los espacios laborales, asegurando la igualdad y dignidad de las personas trabajadoras. A continuación, se analizan las principales leyes y disposiciones relevantes, así como los precedentes de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) que fortalecen estas garantías.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece las bases fundamentales para proteger contra la discriminación en todos los ámbitos. En su Artículo 1, prohíbe explícitamente cualquier forma de discriminación que atente contra la dignidad humana o

menoscabe derechos y libertades, incluyendo la discriminación por condiciones de salud, garantizando la igualdad de todas las personas ante la ley (Congreso Constituyente, 1917/2023 art.1). Por su parte, el Artículo 123 asegura condiciones laborales dignas y protege los derechos de las personas trabajadoras, prohibiendo actos discriminatorios en el ámbito laboral, lo que refuerza el compromiso constitucional hacia la equidad y la justicia en el trabajo (Congreso Constituyente, 1917/2023 art.123).

La Ley Federal del Trabajo (LFT) complementa estas disposiciones al detallar las medidas para prevenir y eliminar la discriminación en los espacios laborales. El Artículo 2 define el trabajo digno y decente como aquel que respeta plenamente la dignidad humana, rechazando la discriminación por origen étnico, género, edad, condición de salud, religión, entre otros (Congreso de la Unión, 1970). El Artículo 3 Bis prohíbe de manera explícita la discriminación en el acceso al empleo, la permanencia y las condiciones laborales por motivos de salud, mientras que el Artículo 133 prohíbe a los patrones realizar actos discriminatorios, como despidos o tratos desiguales basados en la condición de salud de las personas trabajadoras (Congreso de la Unión, 1970).

La Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad incluye disposiciones específicas para garantizar la inclusión laboral, beneficiando también a personas que enfrentan discriminación por condiciones de salud. En su Artículo 12, obliga a las personas empleadoras a realizar ajustes razonables en los entornos laborales para asegurar la integración y participación plena de personas con discapacidad o condiciones relacionadas con la salud. Este enfoque refuerza el compromiso del marco legal mexicano con la igualdad, la no discriminación y la inclusión en los espacios laborales (Congreso de la Unión, 2011/2023, art. 12).

La NOM-035-STPS-2018: Factores de riesgo psicosocial en el trabajo, tiene como propósito abordar los factores de riesgo psicosocial en los centros de trabajo, centrándose en prevenir el estrés laboral, el acoso y otras condiciones que puedan afectar la salud mental y el bienestar del personal. Esta norma reconoce la importancia de un entorno laboral saludable y establece obligaciones claras para los empleadores en la identificación y gestión de los riesgos psicosociales (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018).

El principal objetivo de la norma es identificar, analizar y prevenir los factores de riesgo psicosocial en el trabajo, con el fin de proteger tanto la salud física como mental de la plantilla laboral. Para lograrlo, establece la necesidad de detectar y atender factores como cargas excesivas de trabajo, conflictos interpersonales y ambientes hostiles, que pueden comprometer el bienestar de las personas trabajadoras (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018).

Entre los puntos principales de la norma se encuentra la identificación de riesgos, donde los patrones deben detectar factores psicosociales que puedan generar impactos negativos en los empleados. También promueve la prevención del estrés laboral mediante estrategias como la redistribución de tareas o la mejora de la comunicación interna. Adicionalmente, la norma establece la necesidad de evaluar y monitorear los riesgos psicosociales de manera continua, asegurando el bienestar de las personas empleadas a través de criterios específicos. En caso de detectar riesgos significativos, se exige la implementación de medidas correctivas, que pueden incluir desde cambios organizacionales hasta la provisión de apoyo psicológico para el personal afectado.

La NOM-035-STPS-2018 es obligatoria para todos los centros de trabajo, independientemente de su tamaño. Las empresas deben cumplir con los lineamientos establecidos en la norma, realizando diagnósticos, prevención y seguimiento de los factores psicosociales que puedan afectar a sus personas trabajadoras (STPS, 2018).

El incumplimiento de la NOM-035 puede derivar en sanciones económicas según lo estipulado en la Ley Federal del Trabajo. Las multas oscilan entre 250 y 5,000 Unidades de Medida y Actualización (UMA), lo que equivale a un rango aproximado de \$27,000 a \$540,000 pesos mexicanos (valor UMA 2024). Estas sanciones son aplicables a empresas que no realicen las evaluaciones de riesgos, no implementen acciones preventivas o incumplan con la obligación de atender las condiciones psicosociales que afectan a las personas trabajadoras (STPS, 2018).

La relevancia de la NOM-035-STPS-2018 radica en su contribución a la prevención de la discriminación relacionada con la salud mental, al obligar a los empleadores y empleadoras a considerar el impacto de las condiciones laborales en la estabilidad psicológica de las

personas trabajadoras. Asimismo, fomenta ambientes laborales inclusivos que reconozcan el bienestar emocional como un componente esencial de la productividad, la seguridad y la calidad de vida en el trabajo (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2018).

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha establecido importantes criterios jurisprudenciales para combatir la discriminación en el ámbito laboral. En el caso del Amparo Directo en Revisión 138/2012, los ministros determinaron que excluir a personas con discapacidad de los procesos de selección viola el derecho a la igualdad, sentando un precedente clave sobre los requisitos que deben cumplir las convocatorias de empleo para ser inclusivas (Vela, 2017, p.22).

En materia de salud, el Amparo en Revisión 307/2007 marcó un hito al declarar inconstitucional la disposición que daba de baja automáticamente a militares con VIH. La Corte consideró que esta práctica perpetuaba estigmas sociales sin fundamento médico, protegiendo así a las personas seropositivas de actos discriminatorios basados en prejuicios (Ibid, p.23).

Finalmente, en el Amparo Directo en Revisión 3708/2016, el máximo tribunal estableció límites claros a los exámenes médicos laborales. La sentencia precisó que estas evaluaciones solo son válidas cuando guardan relación directa con las funciones del puesto, protegiendo a los trabajadores de requisitos médicos injustificados que puedan derivar en discriminación por condiciones de salud (Ibid, p.24). Este Amparo, que además, tuvo una Opinión Jurídica del COPRED establece también que existe una presunción reforzada que implica una mayor carga probatoria para el patrón cuando se trata del despido de una persona trabajadora que padece una enfermedad, especialmente si es grave o crónica.

II.III Normativa local

La Constitución Política de la Ciudad de México reconoce explícitamente la discriminación por condiciones de salud como una violación a los derechos humanos. En su Artículo 4, sección C, prohíbe toda forma de discriminación, directa o indirecta, que menoscabe la dignidad humana o restrinja derechos, enumerando de manera no limitativa motivos como enfermedades, discapacidades o cualquier otra condición médica (CPCDMX, 2017). Este marco constitucional local es pionero al incluir protecciones específicas contra el salutismo, entendido como la

opresión sistémica hacia personas por su estado de salud, ya sea en ámbitos laborales, educativos o sociales.

La Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México establece en su Artículo 2 que las autoridades tienen la obligación de garantizar el ejercicio de los derechos fundamentales sin discriminación alguna, en coordinación con otras instituciones públicas. Este mandato incluye específicamente la eliminación de obstáculos que limiten el derecho a la igualdad y el pleno desarrollo de las personas, así como la promoción activa de una cultura de respeto y no violencia hacia grupos en situación de discriminación. La ley enfatiza la necesidad de que el gobierno local impulse medidas concretas para asegurar la participación equitativa de todas las personas en la vida civil, política, económica, cultural y social de la ciudad, reconociendo así el carácter estructural de la discriminación, incluyendo la basada en condiciones de salud (COPRED,2017).

En lo que respecta a la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México, aunque enfocada principalmente en la violencia de género, tiene disposiciones que abordan indirectamente la discriminación en el ámbito laboral. En el Artículo 14 establece que la violencia laboral incluye cualquier acto que limite el desarrollo profesional o imponga condiciones desventajosas, lo que podría aplicarse a casos de discriminación por embarazo o condiciones relacionadas con la salud reproductiva de las mujeres (LAMVLV, 2008).

La Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México en el Artículo 10 garantiza el derecho al trabajo en igualdad de condiciones, promoviendo la realización de ajustes razonables en los entornos laborales para permitir la inclusión plena de personas con necesidades relacionadas con su salud. Además, el Artículo 26 establece la obligación de las personas empleadoras de no discriminar a personas con discapacidades en procesos de selección, promoción o despido (Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México, 2015).

El Código Penal de la Ciudad de México, en su Artículo 206, tipifica la discriminación como un delito, incluyendo aquella basada en la condición de salud. Este artículo establece penas de uno a tres años de prisión o multas económicas para quienes nieguen o limiten derechos laborales, educativos o sociales por motivos discriminatorios, incluidas las condiciones

relacionadas con la salud. Además, señala que el delito se agrava si se comete en espacios laborales o si afecta el acceso al empleo (Código Penal de la Ciudad de México, 2022).

En la Ciudad de México, el marco normativo para abordar la discriminación laboral por condición de salud incluye un conjunto de leyes y regulaciones, como la Constitución local, la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación, y disposiciones específicas en leyes relacionadas con derechos de género y discapacidad.

Estas normativas, complementadas por los lineamientos del COPRED, buscan garantizar la igualdad y proteger a las personas trabajadoras de actos discriminatorios que limiten su acceso a oportunidades laborales o afecten sus derechos fundamentales. Sin embargo, el reto radica en la correcta aplicación y seguimiento de estas disposiciones para prevenir lagunas legales o interpretaciones restrictivas

III. Análisis de los avances sobre la protección al estado de salud

La protección al estado de salud ha emergido como una prioridad en la agenda de derechos humanos y laborales a nivel global, reflejando un compromiso creciente por erradicar prácticas discriminatorias que históricamente han marginado a personas por su estado de salud. Este capítulo explora los avances en la materia desde una perspectiva internacional y nacional, destacando tanto las normativas pioneras como las buenas prácticas implementadas en distintos contextos.

En el ámbito internacional, se analizan instrumentos normativos como la Ley 15/2022 de España, que establece un marco integral para prevenir la discriminación por salud, así como las leyes federales de Estados Unidos y Canadá, que han abordado de manera específica los derechos laborales y sociales de las personas con condiciones de salud diversas. Estos casos ilustran cómo distintas jurisdicciones han adoptado enfoques innovadores para garantizar el acceso equitativo al trabajo y la protección contra el estigma.

A nivel nacional, este capítulo destaca los esfuerzos de México en la erradicación del salutismo mediante iniciativas legislativas y programáticas. Se examinan las Normas Oficiales Mexicanas (NOMs), que establecen estándares obligatorios para la seguridad y salud en el trabajo, así como el Programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo, que promueve la participación de personas empleadoras y personas trabajadoras en la creación de entornos laborales seguros e inclusivos. Además, los Lineamientos Técnicos de Seguridad Sanitaria en el Entorno Laboral, diseñados en respuesta a la pandemia de COVID-19, representan un ejemplo de cómo las crisis pueden impulsar medidas más inclusivas y adaptadas a las necesidades de salud de la población trabajadora.

A lo largo de este capítulo, se argumenta que estos avances no solo reflejan un progreso normativo, sino que también visibilizan el camino hacia la des estigmatización del estado de salud como una barrera para el ejercicio pleno de los derechos humanos y laborales. Con este enfoque integral, el análisis no solo evidencia las áreas de oportunidad, sino que también subraya la importancia de un abordaje coordinado para erradicar el salutismo como un sistema de opresión.

III.I Ejemplos internacionales

III.I.A España

La Ley 15/2022 del marco jurídico español representa un avance normativo reciente en materia de derecho a la igualdad y no discriminación. Esta legislación busca consolidarse como un instrumento normativo base, estableciendo definiciones fundamentales para abordar de manera integral las formas de discriminación presentes y futuras (Grau, 2023). Publicada en abril de 2022, la ley es de carácter ordinario e integral, aplicable tanto al sector público como al privado, y se fundamenta en instrumentos legales nacionales e internacionales, como la Constitución Española, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y diversas convenciones de la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud (Aguilera, 2023).

El Artículo 2.1 de esta legislación establece que "nadie podrá ser discriminado por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad sexual, expresión de género, enfermedad o condición de salud, estado serológico y/o predisposición genética a sufrir patologías y trastornos, lengua, situación socioeconómica, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social" (Boletín Oficial del Estado, 2022). Este reconocimiento de la enfermedad y la condición de salud como motivos de discriminación representa un avance sin precedentes en el derecho español, ampliando el alcance de la protección legal más allá de enfermedades graves o prolongadas, y estableciendo un marco para cualquier condición de salud, sin importar su gravedad, duración o impacto funcional (Grau, 2023). Sin embargo, aunque la ley garantiza una protección robusta a nivel legal, aún no alcanza el rango constitucional, dejando brechas en su aplicación judicial respecto a la diferenciación entre enfermedad y discapacidad (Desdentado, 2023).

A pesar de su impacto innovador, la Ley 15/2022 presenta retos en su implementación. La falta de un marco interpretativo claro para abordar la discriminación laboral por estado de salud ha generado vacíos legales que dificultan su aplicación práctica (Aguilera, 2023). No obstante, la normativa ya ha tenido un efecto positivo, especialmente en la protección de personas trabajadoras frente a despidos relacionados con condiciones de salud, así como en la distribución justa de incentivos económicos y la garantía de periodos de incapacidad adecuados a las necesidades individuales (Grau, 2023).

III.I. B Estados Unidos

En Estados Unidos, los derechos laborales son protegidos mediante diversas leyes federales diseñadas para prevenir y sancionar prácticas discriminatorias. Sin embargo, aunque estas leyes abordan la discriminación por discapacidad, factores genéticos y apariencia física, aún carecen de una cobertura integral que aborde explícitamente la discriminación por motivos de salud (Roberts & Weeks, 2018). Además, la aplicación de estas leyes no garantiza que los empleadores cumplan con ellas o que los procesos judiciales favorezcan a los empleados en casos de incumplimiento (Roberts & Weeks, 2018).

Entre las normativas más relevantes se encuentra la Ley de Licencia Familiar y Médica (FMLA, 1993), que protege a las personas trabajadoras frente a acciones discriminatorias relacionadas con cuestiones médicas o responsabilidades de cuidado. Por otro lado, la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, 2009) proporciona protección laboral a personas con discapacidad mediante un enfoque jurídico que incluye condiciones permanentes o temporales que afectan las actividades de la vida diaria (Justia, 2024). Además, la Ley de no Discriminación de Información Genética (GINA, 2008) prohíbe a personas empleadoras recopilar o manejar información genética del personal, combatiendo prejuicios y actos discriminatorios derivados de predisposiciones genéticas (EEOC U. E., 2008).

La Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC), creada en 1964, refuerza estas leyes, estableciendo que es ilegal discriminar en el empleo por motivos de raza, género, orientación sexual, embarazo, información genética, edad o discapacidad. La EEOC también obliga a las personas empleadoras a proporcionar adaptaciones razonables para el personal con condiciones de salud que impliquen limitaciones, siempre que estas no representen una carga excesiva para la empresa (EEOC, 2024). Estas adaptaciones incluyen modificaciones al espacio o procesos laborales que permitan a los empleados con condiciones de salud diversas desempeñar sus funciones de manera efectiva.

Nota aclaratoria; A marzo del 2025, la postura política de la actual administración republicana y las publicaciones emitidas por la EEOC evidencian un retroceso en las políticas de diversidad, equidad e inclusión (DEI), sin embargo, las leyes ADA y GINA no han sufrido ninguna

modificación hasta el momento. Destacamos la importancia de mantener una observación a las políticas y modificaciones que se realicen a la ley.

III.I.C Caso Canadá

En Canadá, la Ley Canadiense de Derechos Humanos (Canadian Human Rights Act) busca prevenir la discriminación en diversos ámbitos de la vida social, pero no incluye explícitamente la discriminación por motivos de salud a nivel nacional (Canadian Human Rights Act, 2024). Sin embargo, a nivel regional, existen avances significativos. Por ejemplo, el Código de Derechos Humanos de Manitoba considera la discriminación sistémica como una forma penalizable, entendiendo esta como el resultado de políticas o prácticas que, aunque neutrales por sí solas, generan exclusión cuando se combinan con otras conductas (CCDI, 2018).

En Nueva Escocia, la Ley de Derechos Humanos de Nueva Escocia incluye el miedo irracional al contagio de enfermedades como una forma de discriminación. Aunque este reconocimiento representa un paso hacia la prevención de la discriminación por motivos de salud, se considera insuficiente para abordar la complejidad de estas manifestaciones, especialmente en contextos laborales (CCDI, 2018). Estas normativas subrayan la necesidad de fortalecer las leyes nacionales y regionales para garantizar una protección integral contra la discriminación por estado de salud.

III.II. Ejemplos Nacionales

En México, la protección de la salud en el entorno laboral ha avanzado significativamente mediante la implementación de diversas normativas y programas que buscan garantizar condiciones seguras y saludables para las personas trabajadoras.

La Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) ha emitido Normas Oficiales Mexicanas en Seguridad y Salud en el Trabajo que establecen las condiciones mínimas de seguridad y salud en el trabajo. Estas normas abarcan aspectos como la prevención de incendios, manejo de sustancias químicas, ergonomía y factores psicosociales, se agrupan en cinco categorías: Seguridad, Salud, Organización y Específicas. En el anexo 1, adjunto al final de la investigación, se encuentra un desglose detallado de cada normativa.

El cumplimiento de estas normas no solo protege a las personas trabajadoras, sino que también promueve la responsabilidad social de las empresas y mejora las condiciones laborales. Es fundamental que las autoridades encargadas vigilen de manera constante su aplicación, ya que tener las normas escritas y legisladas no es suficiente: su cumplimiento efectivo debe ser supervisado para realmente abordar el problema.

El Programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (PASST) es una iniciativa voluntaria implementada por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) en México, destinada a promover la implementación de sistemas de gestión en seguridad y salud en los centros de trabajo. Su objetivo principal es que las empresas identifiquen, analicen y controlen de manera proactiva los riesgos laborales, promoviendo un entorno laboral seguro y saludable. Este programa no solo busca el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), sino que también fomenta la mejora continua y la autogestión de las empresas en estas áreas (STPS, 2000).

Se implementó desde el año 2000 como parte de las políticas laborales enfocadas en reducir accidentes y enfermedades laborales en el país. Desde entonces, ha sido adoptado por empresas de diversos sectores, tanto públicas como privadas, y ha evolucionado para adaptarse a las necesidades actuales del entorno laboral (STPS, 2000).

Está dirigido a empresas privadas y organismos públicos interesados en mejorar sus prácticas de seguridad y salud laboral. Los centros de trabajo que deciden participar se someten a evaluaciones por parte de la STPS, reciben recomendaciones específicas y son reconocidos oficialmente si cumplen con los estándares establecidos (STPS, 2000).

El PASST es particularmente importante para contrarrestar el salutismo, ya que promueve la adaptación de los entornos laborales para personas con diferentes condiciones de salud, desafiando la idea de que solo las personas trabajadoras completamente "saludables" son productivas. Además, ayuda a mitigar el estigma asociado a condiciones de salud específicas al implementar políticas que protegen tanto la salud física como mental del personal, garantizando que las empresas adopten medidas que permitan la participación plena de todos los empleados, independientemente de su estado de salud (STPS, 2000).

Estos lineamientos representan una acción positiva para contrarrestar el salutismo, al reconocer que la salud en el entorno laboral no depende únicamente de las decisiones individuales, sino de condiciones estructurales y medidas colectivas implementadas por las instituciones y las empresas. A través de estos protocolos, se visibiliza la importancia de que el bienestar y la salud no sean tratados como una obligación personal, sino como un derecho que debe ser garantizado por políticas públicas y prácticas organizacionales. Así, se promueve un enfoque más justo y equitativo de la salud en el ámbito laboral, combatiendo la estigmatización de las personas que puedan enfrentar condiciones de salud adversas.

III.III. Ejemplos locales

En la Ciudad de México, se han implementado diversas buenas prácticas para combatir el salutismo y promover la inclusión, la igualdad y el respeto a los derechos humanos en los ámbitos laborales, sociales y de salud. Estas acciones, impulsadas por actores públicos, privados y de la sociedad civil, buscan eliminar las barreras estructurales y culturales que perpetúan la discriminación por condición de salud, garantizando el acceso equitativo a oportunidades y servicios.

El Gran Acuerdo por el Trato Igualitario (GATI) es una estrategia integral del COPRED que convoca a empresas, instituciones y organizaciones a comprometerse con la implementación de buenas prácticas laborales y organizacionales que promuevan la igualdad y la no discriminación (COPRED, 2021). Esta iniciativa busca transformar las dinámicas laborales a través de políticas inclusivas que aborden, entre otros aspectos, la discriminación por condición de salud, contribuyendo así a disminuir el salutismo y sus efectos en la población trabajadora.

Una de las acciones más relevantes del GATI es la modificación a políticas de contratación. El COPRED asesora a las empresas para eliminar prácticas discriminatorias en los procesos de selección y contratación, como la solicitud de estudios médicos obligatorios o cartas de antecedentes penales. Estas prácticas excluyen injustamente a personas con condiciones de salud específicas, perpetuando la estigmatización y vulnerando su derecho a la igualdad. Para garantizar este cambio, las empresas adheridas al GATI deben responder un cuestionario de

adhesión, donde se evalúan sus políticas laborales y se cuestiona directamente si exigen estudios médicos o antecedentes penales como requisito para contratar personal.

Otra acción fundamental es el acompañamiento en la implementación de políticas inclusivas. COPRED ofrece asesoría técnica a las empresas para modificar políticas internas que fomenten entornos laborales libres de discriminación. Esto incluye la integración de protocolos específicos para garantizar la inclusión de personas con condiciones de salud diversas, así como la implementación de licencias de maternidad, paternidad y de personas cuidadoras. Estas acciones reconocen la importancia de garantizar la igualdad en el ámbito laboral y promueven un enfoque de corresponsabilidad en las tareas de cuidado, evitando que estas responsabilidades sean una causa de exclusión.

Finalmente, el GATI fomenta la promoción de buenas prácticas a través de capacitaciones y asesorías dirigidas a empresas y organizaciones. Estas intervenciones tienen el objetivo de sensibilizar sobre la discriminación por estado de salud y otros sistemas de opresión, promoviendo un cambio en la cultura organizacional. De este modo, se busca establecer entornos laborales seguros e inclusivos, donde todas las personas puedan desarrollarse plenamente sin ser evaluadas o excluidas por su estado de salud.

Desde el área de atención a casos, COPRED recibe, acompaña y da seguimiento a quejas o reclamaciones por discriminación por estado de salud. Este trabajo es esencial para garantizar el acceso a la justicia y la reparación del daño en casos de exclusión y vulneración de derechos.

Otro ejemplo es la Clínica Condesa, que se ha consolidado como un referente en la atención integral de personas que viven con VIH/SIDA en la Ciudad de México. Desde su creación, esta clínica ha jugado un papel fundamental en garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, gratuitos y libres de estigmatización. Sus servicios incluyen atención médica especializada, entrega gratuita de antirretrovirales, apoyo psicológico y acompañamiento social, elementos clave para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH. Además, la clínica realiza pruebas de detección temprana y campañas de prevención que permiten sensibilizar a la población sobre el VIH/SIDA, reduciendo el estigma y la discriminación asociados a este diagnóstico (Gobierno de la CDMX, 2021).

Un aspecto fundamental de la Clínica Condesa es su enfoque en la no discriminación y la inclusión, lo que ha permitido que personas de grupos históricamente vulnerados, como poblaciones LGBTIQ+, migrantes y personas en situación de pobreza, reciban atención digna y humanizada. Esta labor ha sido crucial para combatir el salutismo, ya que rompe con la idea de que ciertas condiciones de salud son sinónimo de exclusión social. Al brindar acompañamiento integral, la Clínica Condesa no solo garantiza el derecho a la salud, sino que también contribuye a la reintegración social y laboral de las personas que viven con VIH, reconociendo su valor y dignidad sin condicionamientos.

Por otro lado, la Clínica de Salud Trans es un espacio pionero en la Ciudad de México, diseñado para ofrecer servicios especializados a personas trans y garantizar una atención médica adecuada, respetuosa e inclusiva. Esta clínica responde a las necesidades específicas de salud de esta población, como el acceso a tratamientos hormonales, atención psicológica especializada, cirugías de reafirmación de género y seguimiento médico general. Estos servicios son fundamentales para que las personas trans puedan ejercer su derecho a la salud de manera integral, sin enfrentar los prejuicios o el desconocimiento que muchas veces predominan en servicios médicos tradicionales (COPRED, 2021).

La existencia de la Clínica de Salud Trans representa un avance significativo en la lucha contra el salutismo, al reconocer que la salud y el bienestar de las personas trans deben abordarse desde una perspectiva inclusiva y libre de discriminación. Muchas veces, las personas trans han sido excluidas o maltratadas en los servicios de salud convencionales, lo que limita su acceso a diagnósticos, tratamientos y cuidados básicos. Este espacio rompe con esa exclusión al crear un entorno seguro, donde el respeto a la identidad de género y las necesidades particulares de salud son prioridad.

Además, ambas clínicas se destacan por su papel en la promoción de los derechos humanos y la sensibilización social. La Clínica Condesa y la Clínica de Salud Trans no solo ofrecen atención médica, sino que también realizan campañas educativas y de prevención, capacitando a profesionales de la salud y generando conciencia en la sociedad sobre la necesidad de garantizar servicios de salud accesibles e inclusivos. Estas acciones no solo combaten la discriminación estructural, sino que también generan modelos replicables en

otras partes del país, contribuyendo a una transformación cultural en la percepción de la salud y el bienestar.

La campaña “Salud sin Estigma” tiene como objetivo combatir la discriminación hacia personas con VIH/SIDA, discapacidades físicas y psicosociales, mediante campañas de información y sensibilización dirigidas a la ciudadanía, instituciones y empresas. Se promueven mensajes que resaltan la necesidad de respetar los derechos de todas las personas, sin importar su estado de salud, y dismantelar los prejuicios asociados (Gobierno de la CDMX, 2022).

Las buenas prácticas existentes en la Ciudad de México, impulsadas por actores públicos, privados y civiles, constituyen un paso significativo para combatir el salutismo. Estas acciones reconocen que la salud no debe ser un factor de exclusión y promueven políticas estructurales que garantizan la igualdad de oportunidades en los ámbitos laborales, sociales y de salud

IV. Sistematización y análisis de los casos atendidos por el COPRED

El Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED) ha documentado históricamente casos de discriminación laboral por condición de salud –término jurídico establecido en el Artículo 4 de la Constitución de la CDMX y la LPEDCM–. Para efectos de esta investigación, hemos agrupado estas denuncias bajo la categoría analítica "**estado de salud**", la cual no corresponde a una clasificación interna del COPRED, sino que fue desarrollada específicamente para este estudio con el fin de armonizar diversos conceptos relacionados con discriminación médica presentes en los expedientes.

En 2024, el Consejo publicó el estudio Panorama de los casos de discriminación laboral en la Ciudad de México. Estudio de las quejas atendidas por COPRED del 2013 al 2022, en el que se identificó que las quejas por discriminación en el ámbito laboral se concentraron principalmente en tres motivos: embarazo (36%), estado de salud (17%) y género (11%) (Copred, 2024).

De forma complementaria, el área de atención del COPRED compartió información detallada sobre el periodo de 2018 al 30 de julio de 2024. En ese lapso, se iniciaron 1,206 expedientes, de los cuales 195 fueron por motivos relacionados con el estado de salud. De estos, el 80% correspondió específicamente al ámbito laboral. Si bien esta muestra no es representativa de toda la población trabajadora, sí permite evidenciar, con base en las quejas recibidas, que la discriminación por estado de salud es una forma concreta y persistente de exclusión en el contexto laboral mexicano.

Por ello, el objetivo principal de este análisis es generar un conocimiento más profundo sobre esta problemática estructural, a partir del estudio sistemático de los casos registrados por el COPRED entre enero de 2013 y octubre 2024. Se busca identificar patrones comunes y diferencias entre los casos, comprender qué grupos poblacionales se ven más afectados, en qué momentos del proceso laboral ocurre la discriminación, y cuáles son las características de los espacios de trabajo donde se presentan estos actos, incluyendo el giro, tipo de contratación y puesto laboral.

En el marco de la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México, el COPRED se consolida como una instancia clave para atender este tipo de agravios, ofreciendo mecanismos gratuitos y accesibles que garantizan la defensa de los derechos humanos. Presentar una queja ante el Consejo es un derecho de toda persona, grupo u organización social, y constituye una herramienta fundamental para visibilizar y combatir la discriminación. Previo a profundizar en el análisis de los datos, es importante comprender qué se entiende por una queja ante el COPRED.

IV.I Proceso para presentar una queja

Es importante señalar que COPRED promueve una perspectiva de justicia restaurativa. Esta perspectiva, apuesta al cambio social, mediante procesos conciliatorios para la atención a casos de discriminación, así como por la reparación del daño a las víctimas, reconstruir las relaciones sociales y generar procesos de sensibilización y educación que prevengan futuras conductas discriminatorias. No obstante, reconocer las sanciones penales existentes es fundamental para visibilizar los mecanismos legales disponibles y evidenciar que la discriminación, incluida la relacionada con el estado o condición de salud, no es un asunto menor, sino una violación grave a los derechos humanos y a la dignidad de las personas.

¿Quién puede presentar una queja?

Cualquier persona, grupo de personas u organización puede presentar una queja o reclamación. Las quejas pueden ser dirigidas contra particulares, personas físicas o morales, y las reclamaciones a personas servidoras públicas que hayan incurrido en actos de discriminación. Estas pueden ser presentadas directamente por la parte afectada, a través de un representante legal o mediante un representante designado por un grupo en caso de que varias personas hayan sido afectadas por los mismos hechos.

Cuando la persona agraviada desea preservar su anonimato por temor a represalias, la ley permite el registro de la queja bajo estricta reserva de datos personales, siempre que esta confidencialidad no impida la investigación ni las actuaciones del Consejo.

¿Cómo presentar una queja?

El proceso para presentar una queja está estructurado de manera flexible, permitiendo diversas modalidades para facilitar el acceso. Existen dos formas principales para iniciar el trámite:

Por escrito: Se debe incluir la firma o huella digital de la persona peticionaria, datos generales y una narración clara de los hechos.

De manera verbal: Puede realizarse mediante comparecencia en las oficinas del COPRED, vía telefónica, página web o correo electrónico institucional. Sin embargo, estas quejas deben ser ratificadas en un plazo de cinco días hábiles, de lo contrario, serán desestimadas.

Requisitos de admisión

COPRED no permite la emisión de quejas anónimas, ni aquellas que sean evidentemente improcedentes, infundadas o consistan en la reproducción de un caso ya resuelto. Sin embargo, en situaciones excepcionales, como casos graves o recurrentes, el Consejo puede iniciar el procedimiento de oficio.

La queja debe presentarse dentro del plazo de un año, contando desde el momento en que ocurrieron los hechos. En casos excepcionales, este periodo puede extenderse mediante un acuerdo fundado.

Pasos detallados del procedimiento

1. Identificación del acto discriminatorio

La parte afectada debe identificar y describir claramente los hechos y circunstancias del acto discriminatorio, proporcionando datos que permitan la actuación del COPRED.

2. Presentación de la queja

La queja puede ser presentada por escrito o verbalmente a través de los canales habilitados. Es fundamental garantizar que cumpla con los requisitos establecidos por la ley.

3. Registro y evaluación

El COPRED registra la queja y evalúa su procedencia en función de su competencia y las pruebas presentadas. En caso de que los motivos no sean claros, se puede requerir a la parte

peticionaria una aclaración, otorgando un plazo de cinco días hábiles para subsanar las deficiencias.

4. Procedimiento de conciliación o investigación

En la etapa de conciliación, el COPRED actúa como mediador para resolver el conflicto de manera equitativa. Si no se logra un acuerdo, se inicia una investigación formal que incluye la recopilación de pruebas, declaraciones y visitas de inspección.

5. Determinación y emisión de recomendaciones

Tras la investigación, el COPRED emite un informe con conclusiones y recomendaciones. Estas medidas pueden incluir cursos de sensibilización, publicación de disculpas, o la implementación de acciones afirmativas.

Las quejas ante el COPRED se rigen por los principios de pro persona, inmediatez, gratuidad, profesionalismo, buena fe y suplencia de deficiencia. El Consejo está obligado a garantizar que todos los procedimientos se lleven a cabo con imparcialidad y respeto a los derechos de las partes.

Importancia de presentar una denuncia

Presentar una denuncia ante el COPRED ofrece importantes beneficios tanto para las personas afectadas como para el contexto social en general. En primer lugar, garantiza el acceso a la justicia, proporcionando un mecanismo gratuito y especializado que facilita la resolución de casos sin necesidad de recurrir a procesos judiciales complejos. Además, el enfoque en la conciliación promueve una solución no punitiva y constructiva entre las partes que tiene la fuerza de una resolución jurisdiccional y si no son cumplidos, los convenios de conciliación que las partes firmen, son obligatorios y pueden ser exigidos ante un juez o jueza. La intervención del COPRED no solo protege los derechos individuales, sino que también contribuye a la visibilización de patrones de discriminación, generando cambios estructurales mediante recomendaciones y políticas públicas.

V.II Análisis de los casos, medios de ingreso y motivos de conclusión.

Para fines del presente estudio, se analizaron únicamente los procesos de queja relacionados con discriminación por estado de salud, utilizando el histórico de quejas proporcionado por el COPRED. Este histórico está conformado por un total de 1,880 archivos, correspondientes al periodo de enero de 2013 a diciembre de 2024. Tras un proceso de lectura exhaustiva y análisis cualitativo de los casos, se determinó que 733 quejas, es decir, el 38.9% del total, evidencian discriminación vinculada a estados de salud.

Las quejas analizadas fueron recabadas a lo largo de once años a través de dos mecanismos de captura de datos, cada uno con características que determinaron la profundidad y el alcance de la información recopilada. Entre 2013 y 2015, el primer mecanismo se caracterizó por su estructura limitada, donde cada caso representaba a una persona física o moral, y no se contemplaba la posibilidad de identificar más de un motivo de discriminación ni más de un actor involucrado. A partir de 2017, se implementó un nuevo sistema de captura de datos, cuyo objetivo fue recopilar información más detallada. Este nuevo sistema permitió identificar más de un motivo de discriminación por caso y reconocer la participación de múltiples actores (empresas o instituciones) en una misma denuncia. En consecuencia, entre 2017 y 2024, fue posible identificar situaciones donde más de una empresa resultaba involucrada en los procesos de discriminación registrados.

La transición entre ambos sistemas no estuvo exenta de desafíos. Durante el proceso de digitalización y homologación de formatos, se generaron vacíos de información. Lo cual tuvo un impacto particular en la identificación de los motivos de cierre de ciertos casos, lo que impide conocer con claridad las resoluciones alcanzadas en esos procesos. Además, uno de los factores que contribuyen a esta falta de claridad es que muchas personas optan por no continuar con sus quejas ante espacios laborales, debido al riesgo que implica visibilizar una situación de discriminación dentro de su centro de trabajo. Esto genera una disuasión importante, especialmente cuando se teme represalias o pérdida del empleo, lo que a su vez dificulta documentar adecuadamente el desenlace de los casos.

La implementación del nuevo sistema de captura de datos a partir de 2017 representó un avance notable al brindar mayor detalle en la información recopilada, permitiendo un análisis más integral y profundo.

Año de ingreso

Tabla 1.Número de quejas por año.

Año	Número de casos
2013	56
2014	95
2015	26
2016	6
2017	88
2018	116
2019	128
2020	22
2021	25
2022	57
2023	58
2024	56

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

La **tabla 1** el número de quejas por año presenta la distribución anual del número de quejas sobre discriminación por estado de salud registradas, con un total acumulado de 730 denuncias. La tendencia no es uniforme a lo largo de los años, destacando algunos picos significativos y otros periodos de bajo registro.

En primer lugar, el año 2019 es el periodo con la mayor cantidad de quejas, alcanzando un total de 128 denuncias, lo que representa aproximadamente el 17.5% del total de quejas. En contraste, el año 2016 es el que presenta la menor cantidad de quejas, con solo 6 registros

(0.8% del total). Esta cifra podría deberse a la falta de conocimiento sobre los canales de denuncia o a dificultades en el acceso a los mismos durante ese año.

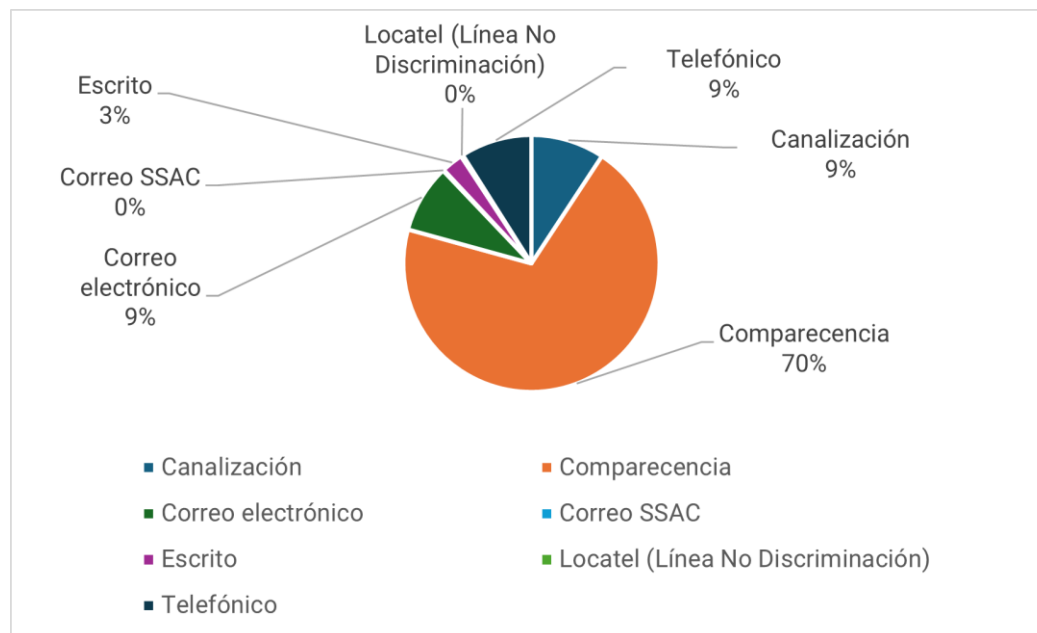
Dos años previos a la pandemia, en 2018 y 2019, el número de quejas aumentó significativamente, lo que podría sugerir un mayor reconocimiento del problema y una mayor activación de mecanismos de denuncia. Sin embargo, a partir de 2020 se observa una caída significativa en los registros formales, con menos de 30 casos anuales en 2020 y 2021. Este descenso no refleja una reducción real de las discriminaciones asociadas al estado de salud, de hecho, fueron los años con más incidentes reportados con el tema del presente estudio, sino que reflejan la suspensión de los procedimientos formales debido a la pandemia. Ante la imposibilidad de acceder a canales institucionales (por cierres de oficinas, restricciones de movilidad y cambios en las dinámicas laborales), las denuncias se atendieron principalmente a partir de gestiones y no mediante la apertura de expedientes de quejas y reclamaciones, pues ello hubiera implicado una violación al Decreto por el que se declaran acciones extraordinarias en la Ciudad de México para evitar el contagio y propagación del COVID-19 (Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 2020).

Este decreto se instauró como medida urgente para enfrentar la emergencia sanitaria. Su implicación más relevante para los servicios de atención a la ciudadanía fue la suspensión general de plazos y términos en todos los procedimientos administrativos, lo que legalmente imposibilitó la apertura, tramitación y resolución formal de expedientes de queja durante el periodo más crítico de la contingencia. Por lo tanto, la caída en los registros no fue por una falta de incidentes, sino por la paralización deliberada del andamiaje institucional de recepción de denuncias (Ibid).

A partir del año 2022, se observa una recuperación y estabilización en el número de quejas, con cifras que oscilan entre 53 y 58 registros anuales en los últimos tres años. Esto sugiere que las personas han retomado el uso de canales formales de denuncia tras la disminución causada por la pandemia.

Medio de ingreso

Ilustración 1 Quejas por medios de ingreso.



Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

En **gráfica 1: quejas por medios de ingreso**, se presenta la distribución de los distintos mecanismos a través de los cuales las personas peticionarias activan la competencia del Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México. Estos medios de ingreso corresponden a las categorías utilizadas en el formulario del Consejo y se explican de la siguiente manera:

- De oficio: Se inicia una queja sin intervención de la persona peticionaria, cuando la Presidencia del Consejo lo determina con base en criterios de gravedad y relevancia del asunto.
- Comparecencia: Se activa cuando la parte peticionaria acude directamente al Consejo a presentar su queja.
- Escrito: Se refiere a denuncias ingresadas por escrito, en las cuales, si es necesario, se solicita aclaración de hechos.

- Vía telefónica: Incluye quejas recibidas por llamada directa a los números del Consejo o mediante la plataforma de Locatel, a través de la "Línea No Discriminación". Este tipo de ingreso requiere ratificación por parte de la persona peticionaria.
- Correo electrónico: quejas recibidas a través del correo oficial del Consejo (quejas.copred@gmail.com), el cual está vinculado con el portal electrónico del COPRED.
- Canalización de otra autoridad: Casos en los que otra entidad gubernamental o institución deriva la queja al COPRED, lo que genera una respuesta formal a la autoridad que canaliza.

De acuerdo con los datos analizados, la vía más utilizada para presentar quejas es la comparecencia, con un total de 513 registros. Esto sugiere que la mayoría de las personas prefieren acudir directamente a las instalaciones del COPRED para recibir atención personalizada y orientación en el proceso de denuncia.

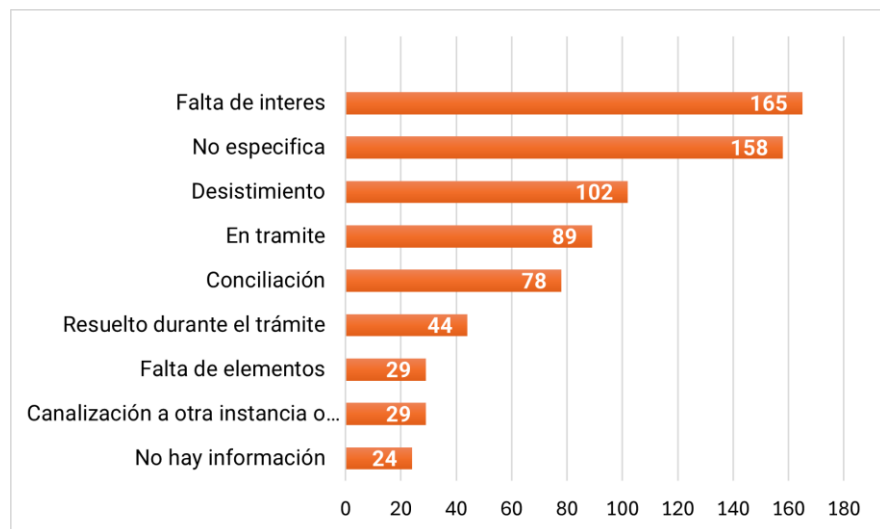
En segundo lugar, el medio de canalización, con 68 registros, indica que una parte significativa de los casos proviene de otras instancias gubernamentales o instituciones que derivan las denuncias al Consejo, lo que resalta la importancia de la articulación interinstitucional en la atención de casos de discriminación.

El correo electrónico se posiciona como el tercer medio más utilizado, con 63 registros, lo que refleja una tendencia hacia la digitalización del proceso de denuncia, aunque aún se encuentra por debajo de la comparecencia.

Por otro lado, el ingreso por escrito registra 20 casos, mientras que la recepción de quejas a través de correo de la Secretaría de Seguridad Ciudadana (SSAC) solo cuenta con 1 caso, lo que sugiere que estos medios tienen un uso marginal en comparación con otras opciones disponibles.

Causales de cierre

Ilustración 2 Causales de Cierre.



Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

El análisis de las causales de cierre de las quejas, ilustradas en la gráfica 3, permite identificar los motivos por los cuales muchos casos no llegan a una resolución formal dentro de COPRED. Las categorías utilizadas en esta parte del informe corresponden a los criterios manejados por el área de atención del Consejo, los cuales permiten clasificar los cierres de acuerdo con el desarrollo y seguimiento de cada expediente.

Las categorías más frecuentes dentro de esta clasificación son falta de interés y desistimiento, con 165 y 102 registros, respectivamente. Aunque en un primer análisis estos datos podrían interpretarse como una falta de compromiso de las personas peticionarias, es importante considerar que, en muchos casos, los factores externos influyen en la decisión de no continuar con el proceso. La razón más común de esto son las resoluciones fuera de COPRED: En algunos casos, el conflicto es atendido a través de otras instancias, como la Junta de Conciliación y Arbitraje Local, la Procuraduría de la Defensa del Trabajo o la Fiscalía General de Justicia de la Ciudad de México. Sin embargo, estas resoluciones no siempre se reportan formalmente a COPRED, lo que genera un vacío en el seguimiento de los casos.

Una de las categorías que representa un desafío importante en la investigación es la denominada "no especificada", que incluye 158 registros sin clasificación definitiva. Este alto número refleja, en gran medida, faltas en el proceso de registro, sin embargo, debe

considerarse también que muchas personas no continúan con el seguimiento de su queja, lo que impide recabar información suficiente para categorizar adecuadamente el caso. En la mayoría de las situaciones, ello obedece a que el conflicto se ha resuelto por vías ajenas al COPRED, como acuerdos directos, cambios de empleo u otras gestiones fuera del procedimiento institucional. No obstante, no puede descartarse que existan casos en los que la persona denunciante haya decidido no continuar por cansancio, falta de tiempo o por no encontrar satisfactorio el procedimiento. Frente a ello, el COPRED procura reducir al mínimo estas decisiones, ofreciendo alternativas legales e informales para canalizar inconformidades sobre el procedimiento o respecto de las personas encargadas de la investigación, así como opciones que eviten la necesidad de un seguimiento personal o presencial. Por ello, atribuimos principalmente este tipo de conclusión a la existencia de resoluciones alcanzadas mediante otras vías.

Por otro lado, las quejas que concluyen de manera positiva a través de la conciliación (78 casos) o que se resolvieron durante el trámite (44 casos) reflejan la existencia de mecanismos eficaces de solución de conflictos.

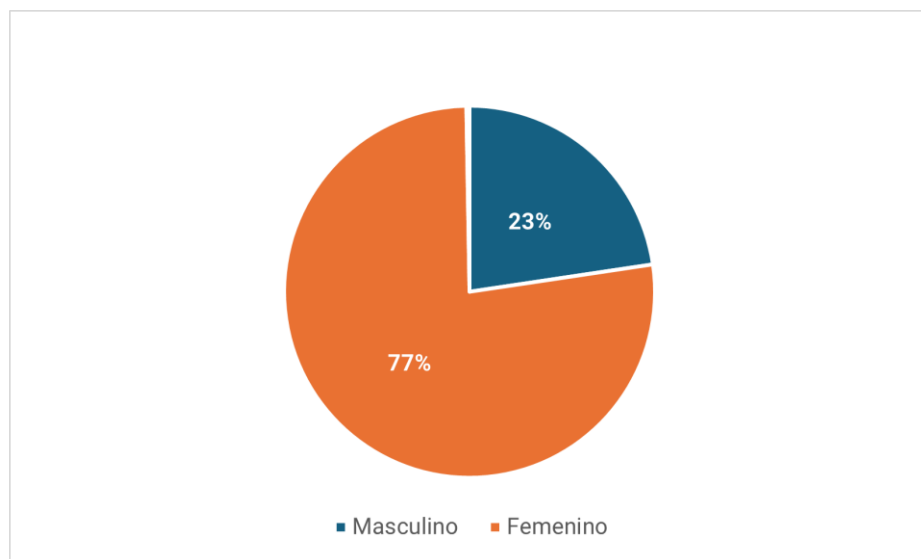
En cuanto a la canalización a otras instancias, 29 casos fueron derivados a otras instituciones. Dentro de estos, 12 casos fueron canalizados a la Procuraduría de la Defensa del Trabajo (PROFEDET), 9 a la Procuraduría General de Justicia de la Ciudad de México (FGJ) y 8 a las Juntas Locales de Conciliación y Arbitraje. Este proceso asegura que las personas peticionarias reciban la atención adecuada en la instancia correspondiente cuando los casos exceden las atribuciones del COPRED.

En 29 casos, el área de atención determinó que no existían los elementos suficientes para considerar que los actos denunciados representaban un acto de discriminación. Esta categoría se utiliza cuando, tras una evaluación inicial, se concluye que la queja no cumple con los criterios establecidos en la normativa vigente para ser considerada como un caso de discriminación. La falta de pruebas o la falta de un vínculo claro entre la conducta denunciada y un criterio prohibido de discriminación pueden ser algunos de los motivos que justifican este tipo de cierre.

Finalmente, se registraron 89 casos en proceso y 15 casos en los que se emitió una opinión jurídica. Es importante mencionar que la conclusión que se da puede llevarse por dos vías, la primera, por convenio donde la persona peticionaria y/ o agravada llega a un acuerdo con la empresa, negocio presunto responsable o, la segunda, a través de la emisión de una opinión que se lleva a cabo por COPRED.

Grupo poblacional

Ilustración 3 Distribución por género.



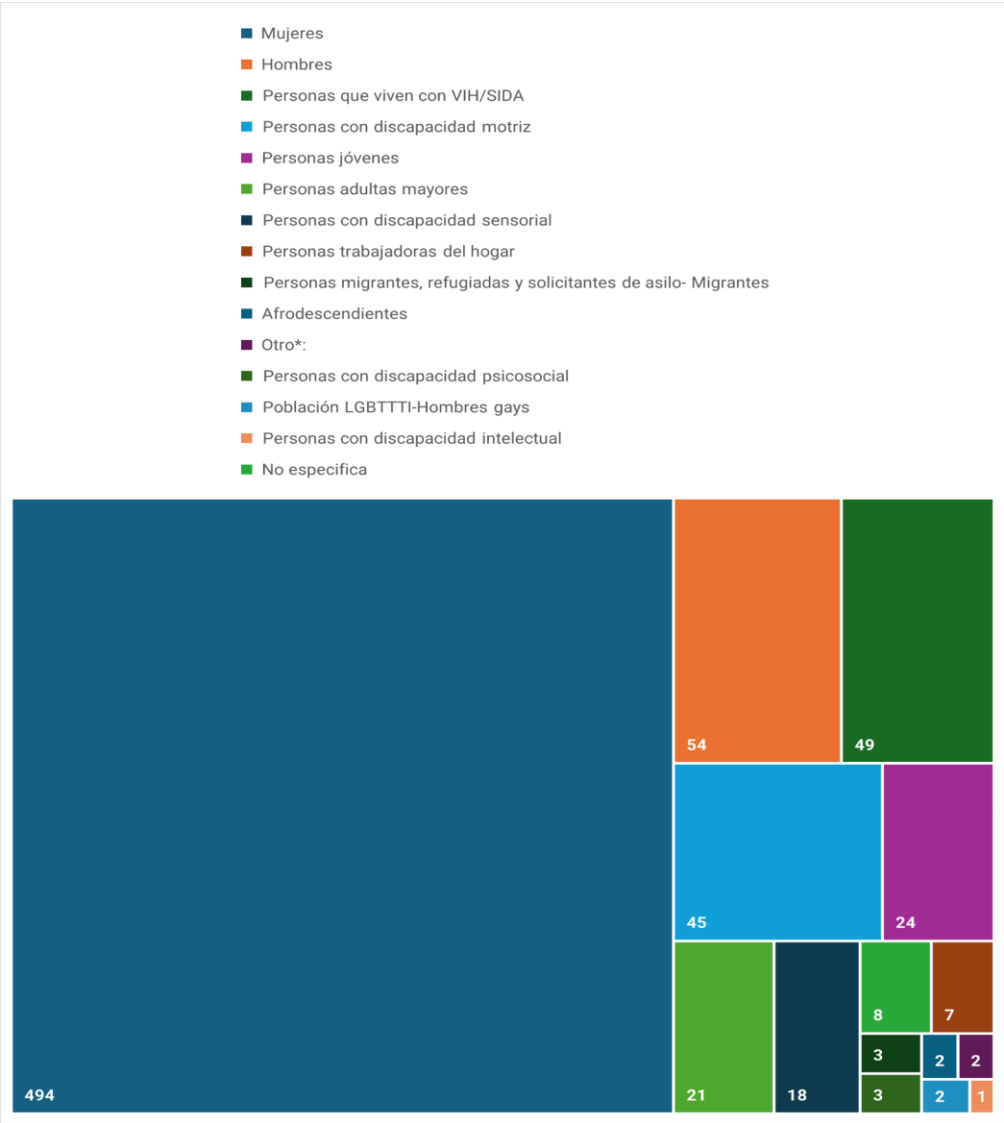
Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Uno de los hallazgos más relevantes de este estudio es que, del total de quejas presentadas por presunta discriminación por estado de salud, el 77.2% provino de mujeres, mientras que los hombres representaron el 22.4%, y un 0.27% de los casos no especificó su género. Este dato es consistente con los hallazgos de la Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México (EDIS, 2021, p. 25), en la cual el 75.8% de la población de la Ciudad de México identificó a las mujeres como uno de los grupos que enfrentan mayores niveles de discriminación.

Es importante señalar que los porcentajes de las categorías género y grupo poblacional no coinciden exactamente debido a que, en varios casos, cuando el área de atención de COPRED analizó las quejas, determinó que estas correspondían a alguna de las categorías de grupos de atención prioritaria. Es decir, si bien una persona pudo haber sido registrada inicialmente dentro de una categoría de género, su queja pudo haberse clasificado posteriormente dentro

de grupos como personas con discapacidad, personas con VIH/SIDA o población migrante, dependiendo de los motivos de discriminación denunciados.

Ilustración 4 Grupo poblacional.



Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

La **gráfica 4: grupo poblacional** muestra la distribución de los casos en función de la clasificación establecida por COPRED en su plataforma de quejas. Estas categorías responden a los grupos de atención prioritaria que la Constitución de la Ciudad de México reconoce como históricamente discriminados y que, por lo tanto, requieren medidas de protección y acción afirmativa. El análisis de esta muestra confirma que la discriminación laboral no es un

fenómeno aislado, sino un reflejo de las desigualdades estructurales a las que estos grupos han estado expuestos de manera sistemática.

Los datos evidencian que el 67.3% de las quejas fueron presentadas por mujeres, lo que refuerza su condición de grupo en situación de vulnerabilidad en el ámbito laboral. En contraste, los hombres representan un 7.3% de esta muestra de datos. Sin embargo, es importante aclarar que, en el total de casos analizados, los hombres representan realmente un 12.4%, pero dentro de la clasificación utilizada por COPRED, su proporción se ha redistribuido entre otras categorías poblacionales, como personas con VIH/SIDA, personas con discapacidad, población LGTBTTI y personas migrantes. Este punto se abordará con mayor detalle en los apartados posteriores.

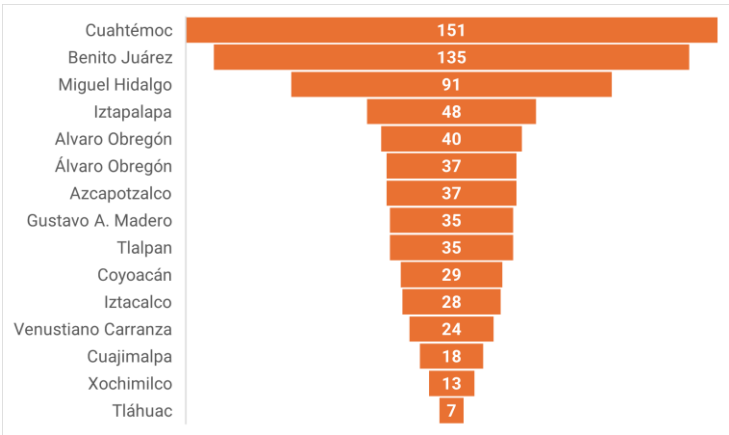
Dentro de los grupos de atención prioritaria, se observa que las personas que viven con VIH/SIDA (6.71%) y las personas con discapacidad motriz (6.16%) son dos de los sectores que más denuncias interponen. También destacan las personas jóvenes (3.29%) y las personas mayores (2.88%), lo que indica que la discriminación por edad es una problemática significativa en el ámbito laboral.

Estos hallazgos son congruentes con la EDIS 2021, donde se documenta que los grupos más discriminados en la Ciudad de México son las mujeres (9.4%), seguidas por las personas mayores (4.9%), las personas con discapacidad (3.9%), y las personas con VIH/SIDA (1.5%) (EDIS, 2021, p. 25). La correlación entre los datos de la encuesta y la distribución de quejas ante COPRED refuerza la hipótesis de que estos grupos enfrentan discriminación sistemática en distintos ámbitos de la vida, incluido el laboral.

Otros grupos con presencia en los reportes incluyen a las personas con discapacidad sensorial (2.47%), personas trabajadoras del hogar (0.96%) y personas migrantes, refugiadas y solicitantes de asilo (0.41%). La representación de personas afrodescendientes, personas con discapacidad psicosocial, personas LGBTQ+ (hombres gays) y personas con discapacidad intelectual es baja (todas con menos del 0.3% de los casos).

Distribución por alcaldía

Ilustración 5 Distribución por Alcaldía.



Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

La distribución geográfica de las quejas se concentra principalmente en la alcaldía Cuauhtémoc, con 151 casos (20.6%), seguida de Benito Juárez con 135 casos (18.41%) y Miguel Hidalgo con 91 casos (12.4%). Lo anterior podría explicarse a partir de la centralidad económica de estas alcaldías dentro de la Ciudad de México, ya que concentran una alta densidad de actividades comerciales, empresariales y de servicios. Cuauhtémoc, por ejemplo, es la alcaldía con mayor producción bruta total (26.9% del total en 2018), seguida de Miguel Hidalgo (22.3%) y Benito Juárez (11.4%) (Gobierno de la Ciudad de México, 2018). Esta alta concentración económica implica una mayor densidad de personas trabajadoras, lo que aumenta la probabilidad de conflictos laborales y discriminación; y, al mismo tiempo, refleja una mayor disposición a denunciarlos. Además, es importante considerar que en Cuauhtémoc se ubican las oficinas de COPRED, lo que facilita el acceso de las personas trabajadoras en esta zona a los mecanismos formales de denuncia, lo que podría explicar en parte la mayor incidencia de quejas registradas en esta alcaldía.

En el caso de Iztapalapa, que registra 48 casos (6.5%), la alta densidad poblacional y la prevalencia del empleo informal podrían ser factores explicativos. Esta alcaldía tiene una de las tasas de informalidad laboral más altas en la Ciudad de México, lo que puede significar menor acceso a mecanismos formales de denuncia o mayor precarización de las condiciones laborales (INEGI, 2018). Aunque no concentra grandes núcleos empresariales, su tamaño

poblacional y las condiciones laborales precarias en muchos de sus sectores pueden contribuir a la incidencia de conflictos laborales relacionados con la discriminación.

Por su parte, Álvaro Obregón (37 casos) y Azcapotzalco (37 casos) presentan dinámicas laborales particulares que explican su nivel de incidencia. Álvaro Obregón combina zonas residenciales con áreas comerciales e industriales, mientras que Azcapotzalco se caracteriza por su vocación industrial, incluyendo manufactura y logística (Gobierno de la Ciudad de México, 2018). En ambos casos, las condiciones de trabajo intensivas pueden generar obstáculos para personas con necesidades específicas de salud, favoreciendo situaciones de discriminación.

Por otro lado, alcaldías como Tláhuac (7 casos) y Magdalena Contreras (5 casos) muestran una incidencia considerablemente menor. Estas demarcaciones periféricas tienen menor densidad empresarial y económica, lo que puede limitar el acceso de las personas trabajadoras a instancias como COPRED para presentar quejas. La Ciudad de México en su conjunto tiene un nivel educativo promedio de 11.1 años de escolaridad, superior al promedio nacional, lo que podría estar relacionado con una mayor conciencia sobre derechos laborales en alcaldías con mayor actividad económica y, por ende, mayor disposición a denunciar prácticas discriminatorias (INEGI, 2023)

V.III. Análisis del estado de salud y características de las empresas

En esta segunda parte del estudio, se presentan los resultados del análisis cualitativo de las quejas registradas ante el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED) entre enero de 2013 y diciembre de 2024. A diferencia del análisis cuantitativo previo, que se centró en la distribución geográfica, la frecuencia de los casos, los medios de ingreso, los motivos de conclusión y la distribución por grupo poblacional, esta sección profundiza en el contenido de cada queja, permitiendo identificar patrones y tendencias específicas en la discriminación laboral por estado de salud.

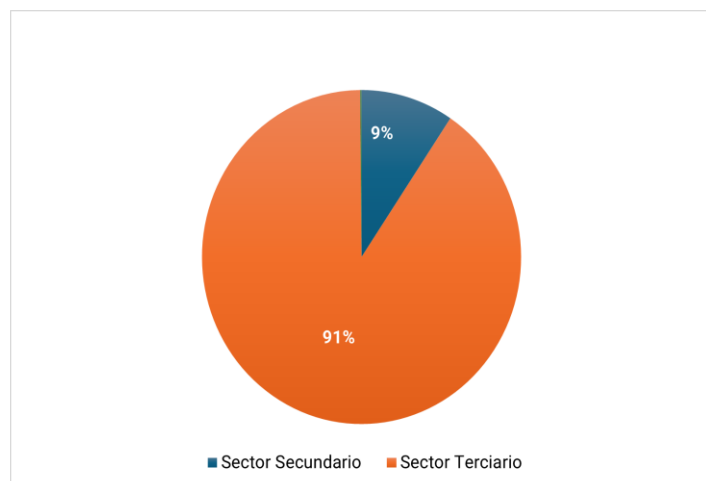
Para ello, se realizó una lectura detallada de cada caso con el objetivo de identificar las siguientes categorías de análisis:

Sector Económico

El análisis cualitativo de las quejas permite identificar en qué sectores económicos se presentan con mayor frecuencia las denuncias por discriminación laboral. Para ello, se utilizó la clasificación del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2024), que divide la estructura económica en sectores productivos. En este estudio, se tomaron en cuenta dos grandes sectores:

- Sector secundario, que comprende actividades relacionadas con la transformación de materias primas en productos terminados o semielaborados.
- Sector terciario, que engloba actividades orientadas a la prestación de servicios y la comercialización de bienes.

Ilustración 6 Sector económico.



Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

La **gráfica 6: distribución por sector económico** muestra la distribución de las quejas registradas según el sector en el que ocurrieron. Se observa que la gran mayoría de los casos corresponden al sector terciario, con un total de 663 quejas, mientras que en el sector secundario se registraron 69 quejas.

Este resultado indica que la discriminación laboral por estado de salud se presenta con mayor frecuencia en actividades económicas relacionadas con el comercio y los servicios. Esta tendencia puede estar relacionada con la interacción constante con clientes, las condiciones de precarización laboral en ciertos subsectores y la percepción de la salud como un factor determinante en la empleabilidad dentro del sector terciario.

Por otro lado, aunque el sector secundario tiene una menor proporción de quejas, es importante señalar que las condiciones laborales en industrias como la manufactura y la construcción pueden representar mayores riesgos para la salud. En este sentido, los casos de discriminación en este sector pueden estar vinculados a la falta de adecuaciones laborales para trabajadores con estados de salud específicas, así como a la exclusión de personas cuyo estado de salud se considera incompatible con tareas de alta exigencia física.

Giro y actividad

En la variable de giro o actividad económica en la que ocurrieron los casos de discriminación laboral. Para ello, se empleó una clasificación basada en el Sistema de Clasificación Industrial

de América del Norte (SCIAN) del INEGI (2018), adaptada a los relatos de las quejas analizadas.

La identificación de los giros permite profundizar en las dinámicas específicas de discriminación laboral por estado de salud en cada sector productivo, considerando la naturaleza de la actividad, el tipo de relaciones laborales y las condiciones de empleo en cada caso. A continuación, se presentan los 15 giros o actividades con mayor incidencia de quejas en el periodo analizado:

1. **Comercio:** Venta al por mayor (distribuidoras, mercados especializados) **(96 casos)**

Empresas dedicadas a la comercialización de productos en grandes volúmenes, actuando como intermediarios entre fabricantes y minoristas.

2. **Servicios:** Gestión de instalaciones, incluyendo mantenimiento, limpieza y seguridad **(69 casos)**

Incluye actividades tercerizadas de limpieza, vigilancia y mantenimiento en edificios comerciales e industriales.

3. **Servicios:** Hoteles, restaurantes y agencias de viaje **(60 casos)**

Representa el sector turístico, incluyendo alojamiento, gastronomía y servicios de viajes.

4. **Servicios:** Servicios de salud (clínicas, hospitales, farmacias) **(57 casos)**

Comprende hospitales, clínicas privadas, farmacias y laboratorios.

5. **Servicios:** Servicios financieros (bancos, aseguradoras) **(54 casos)**

Incluye bancos, aseguradoras y financieras, sectores caracterizados por su alto nivel de regulación y formalidad.

6. **Industria:** Manufactura de alimentos, textiles, electrónica, farmacéutica **(50 casos)**

Sector industrial que abarca la fabricación de productos de consumo y bienes de capital.

7. **Comercio:** Venta al por menor (abarrotes, tiendas de conveniencia, ropa) **(44 casos)**

Tiendas de autoservicio, conveniencia y comercios especializados en la venta de productos directamente al consumidor.

8. **Servicios:** Servicios educativos (escuelas, universidades) **(40 casos)**

Comprende instituciones de enseñanza básica, media superior y superior.

9. **Servicios:** Reclutamiento de Personal **(39 casos)**

Empresas dedicadas a la intermediación laboral y búsqueda de talento para diversos sectores.

10. **Servicio:** Transporte público y privado, servicios de paquetería y almacenamiento **(28 casos)**

Empresas de transporte de pasajeros y mercancías, así como servicios logísticos y de distribución.

11. **Servicios:** Gestión de Información **(27 casos)**

Actividades relacionadas con bases de datos, análisis de información y gestión documental.

12. **Industria:** Construcción (infraestructura y vivienda) **(24 casos)**

Sector enfocado en el desarrollo de obras civiles, vivienda y edificaciones comerciales.

13. **Servicios:** Servicios culturales y de entretenimiento (teatros, museos, eventos) **(22 casos)**

Incluye la producción de espectáculos y gestión de espacios culturales.

14. **Servicios:** Servicios de tecnología (desarrollo de software, telecomunicaciones) **(20 casos)**

Empresas de software, telecomunicaciones y consultoría digital.

15. **Servicios:** Administración de negocios (17 casos)

Las 15 categorías principales concentran el 84.5% del total de quejas. Esto indica que la discriminación laboral por estado de salud se focaliza en ciertos giros económicos, particularmente en comercio, salud, educación, manufactura y transporte.

Si bien la lista completa de giros analizados puede consultarse en el Anexo 2 "Giro y Actividades", la alta concentración de casos en estas 15 categorías refleja la importancia de analizar las dinámicas de empleo y las condiciones laborales en estos sectores específicos.

Ocupaciones

Se identificó un listado de ocupaciones en las que se presentaron actos discriminatorios. La formulación de estas categorías derivó del relato de las quejas y fue homologada con la Clasificación Mexicana de Ocupaciones (CMO) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), lo que permitió estructurar 16 categorías ocupacionales que agrupan diversas profesiones y oficios. Para conocer el detalle de cada ocupación dentro de estas categorías, se puede consultar el anexo 3: Ocupaciones completas y desglosadas.

En esta sección se abordarán exclusivamente las 10 categorías más frecuentes, las cuales concentran el 86.1% de las quejas recibidas. Para conocer cómo se distribuyen las ocupaciones que conforman el 13.9% restante, se puede revisar el anexo 3: Ocupaciones completas y desglosadas.

Tabla 2:10 ocupaciones más frecuentes

Ocupación	Número de casos
Trabajadores de apoyo en actividades administrativas	142
Ayudantes, peones o similares en el proceso de fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento	132
No especifica	97

Empleado de ventas en establecimientos	90
Profesionistas	55
Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en actividades administrativas y de servicios	51
Trabajadores de la educación	33
Comerciantes, empleados de comercio y agentes de ventas.	26
Trabajadores en servicios de protección y vigilancia	23
Ayudantes en la preparación de alimentos	20

En primer lugar, la categoría trabajadores de apoyo en actividades administrativas, con 142 quejas, engloba a diversos perfiles profesionales, entre los que destacan agentes telefónicos (28 casos), auxiliares administrativos (17 casos) y cajeros(as) (17 casos). Estas personas trabajadoras suelen desempeñar funciones operativas en oficinas, bancos, centros de atención y otros espacios administrativos, donde la discriminación se vincula principalmente con hostigamiento (20 casos), despidos injustificados (50 casos) y falta de ajustes razonables en los entornos laborales como la falta de permisos, la sobrecarga de trabajo y la exigencia de actividades de alto riesgo.

Por otro lado, en la categoría ayudantes, peones o similares en el proceso de fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento, que registra 132 quejas, se identificó una alta incidencia de casos en personas que laboran como ayudantes generales (49 casos), quienes, al no contar con una función laboral claramente delimitada, enfrentan una sobrecarga de trabajo y una alta precarización de sus condiciones laborales. Asimismo, el personal de mantenimiento y limpieza (45 casos) es uno de los sectores más afectados. Se ha documentado que, debido a la falta de sensibilización en las empresas, su labor es

frecuentemente invisibilizada o menospreciada, a pesar de ser un pilar fundamental para el funcionamiento de cualquier organización.

En la categoría no especificada, que comprende 97 quejas, no fue posible identificar con certeza las ocupaciones de las personas afectadas debido a que en el relato de las denuncias no se precisó el tipo de empleo desempeñado.

Dentro de la categoría empleo de ventas en establecimientos (90 quejas), se identificaron casos de personas trabajadoras que desempeñan funciones de ventas en tiendas departamentales y comercios independientes. Este grupo se enfrenta a condiciones laborales caracterizadas por largas jornadas, sueldos bajos y una alta dependencia de la productividad y las ventas, lo que en muchos casos se traduce en discriminación por apariencia, edad y condiciones de salud.

Por su parte, en la categoría profesionistas (55 quejas) se encuentran personas con formación académica y grados de especialización, lo que permite evidenciar que el nivel educativo no es un factor que mitigue las prácticas discriminatorias. En este sector, la discriminación suele estar vinculada con barreras en el acceso y permanencia en el empleo, así como con criterios excluyentes en procesos de promoción. De manera similar, en la categoría jefes de departamento, coordinadores y supervisores en actividades administrativas y de servicios (51 quejas), se identificó que si bien estos puestos suelen ejercer prácticas discriminatorias sobre trabajadores de menor rango, ellos mismos también atraviesan actos de discriminación, principalmente por motivos de salud. Esto sugiere que las políticas de empleo actuales han generado un entorno laboral en el que incluso los niveles jerárquicos más altos están expuestos a condiciones de vulnerabilidad y exclusión.

En lo que respecta a la categoría trabajadores de la educación, que cuenta con 33 quejas, se identificó que la gran mayoría de los casos provienen de docentes (30 casos), mientras que 3 quejas corresponden a directivos. Además, se observó que 15 de los casos ocurrieron en instituciones de nivel universitario, 9 en primaria y secundaria, y 6 en nivel maternal, lo que evidencia que la discriminación en este sector no se limita a un solo nivel educativo, sino que se presenta de manera transversal en todos los niveles de enseñanza.

En cuanto a la categoría comerciantes, empleados de comercio y agentes de ventas, con 25 quejas, se destaca que este sector, aunque no es el que registra el mayor número de denuncias, enfrenta condiciones laborales particularmente precarias. La falta de prestaciones médicas, los altos niveles de rotación laboral y la dependencia del salario basado en comisiones hacen que estas personas estén en una posición de especial vulnerabilidad frente a las prácticas discriminatorias, particularmente en lo que respecta a despidos arbitrarios y falta de acceso a derechos laborales básicos.

Finalmente, en la categoría Ayudantes en la preparación de alimentos (20 quejas), se identificó que la mayoría de los casos corresponden a personas que desempeñan la labor de cocinero(a) (17 casos). Este grupo enfrenta discriminación basada en estereotipos de género, edad y condiciones de salud, así como en la falta de reconocimiento de su labor dentro del sector gastronómico.

Subcontratación

Aunado a lo anterior, se encontró que la subcontratación afecta de manera desigual a las personas trabajadoras según su ocupación. Aunque la mayoría de las quejas analizadas corresponden a personas trabajadoras no subcontratadas (76%), el 24% de subcontratación representa una cifra significativa en términos de la distribución laboral. Este tipo de empleo está frecuentemente asociado con condiciones laborales más precarias, como la falta de estabilidad contractual, derechos laborales limitados y menor acceso a prestaciones. Estos factores contribuyen a una mayor vulnerabilidad frente a prácticas discriminatorias, especialmente hacia personas con condiciones de salud específicas.

La información también pone en evidencia una brecha importante en los datos disponibles. Si bien es posible identificar giros y actividades con alta incidencia de subcontratación, no se especifica claramente el tipo de subcontratación involucrado (outsourcing, prestación de servicios o empleo temporal). Esto limita el análisis de las condiciones específicas que enfrentan las personas prestadoras de servicios subcontratadas.

La variable de giro o actividad permite identificar los sectores con mayor incidencia en subcontrataciones y prácticas discriminatorias por salutismo. Los hallazgos revelan que los

servicios de reclutamiento son los más recurrentes, con 27 casos registrados. Esto se debe, por un lado, a la existencia de empresas que operan exclusivamente para la contratación de personal, sin que los trabajadores laboren directamente para ellas. En consecuencia, estas empresas aparecen con frecuencia en los reportes, pues son quienes formalizan la relación laboral, facilitando así prácticas discriminatorias.

Los resultados destacan que las ocupaciones más subcontratadas corresponden a trabajos operativos y de servicios. La presencia del sector de venta al por mayor, con 20 casos, evidencia que las personas empleadas en ventas son particularmente afectadas por estas prácticas en la contratación. Esto facilita la restricción de prestaciones laborales y contribuye a una alta rotación de personal.

Asimismo, sectores como la gestión de instalaciones (23 casos), así como los servicios de hotelería y restaurantes, reflejan que trabajadores en ocupaciones como ayudantes, peones o similares —particularmente en la fabricación artesanal e industrial, así como en actividades de reparación y mantenimiento— enfrentan con mayor frecuencia estas prácticas laborales que vulneran sus derechos. Además, las tareas que desempeñan suelen implicar mayores riesgos para la salud debido a su alto nivel de exigencia, lo que convierte la subcontratación en un mecanismo que los coloca en una situación de desventaja.

Por otra parte, los servicios de salud (13 casos) y los servicios financieros (12 casos) también recurren a esta forma de contratación, lo que resulta preocupante. A pesar de que estos sectores, en teoría, deberían garantizar todas las prestaciones laborales y contar con mayor sensibilización en torno a los derechos laborales, la evidencia sugiere la necesidad de mantener una observación ciudadana sobre sus prácticas laborales.

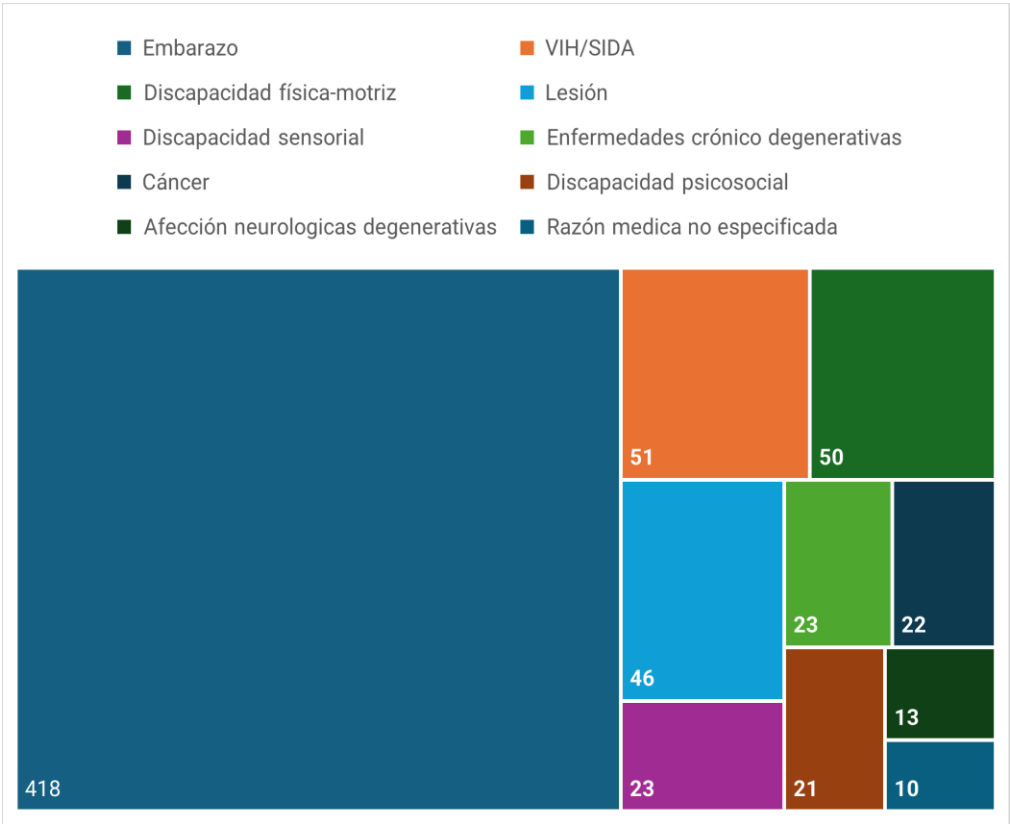
Principales estados de salud

Conforme al relato de los casos analizados para este informe, se generaron 26 categorías respecto a los estados de salud los cuales se relacionaron enfermedades, diagnósticos, y estados de salud comunes, según la catalogación realizada desde la medicina, para representar los principales estados que dentro de este análisis fueron motivo de discriminación en los espacios laborales. Algunos de ellos no solo guardan relación directa con

las patologizaciones que el sistema de salud ha impuesto a los cuerpos, sino con la variabilidad que presentan las personas trabajadoras y sus corporalidades, como la edad, el peso y la posibilidad de las personas gestantes de gesta, otra parte de esta categoría sí guarda relación directa con las patologías mencionadas en los relatos. Para funciones del estudio se decidió reducir las especificaciones de las enfermedades y en el Anexo 3 “Estados de salud desglosados” se encontrará a detalle la información.

En el periodo que va de enero del 2013 a diciembre del 2024, el 70% de las quejas se concentraron en tres estados de salud: embarazo (418 casos), VIH/SIDA (51 casos) y discapacidad física-motriz (50 casos). En el Gráfico 7 se presentan los 10 estados de salud asociados con el mayor número de quejas documentadas en el archivo del COPRED

Ilustración 7 Quejas registradas en el COPRED



Fuente: Elaboración propia con la información recabada en el mecanismo de captura de datos de COPRED.

Dentro de la narración de las quejas se identificó una incidencia que permitió generar las categorías que representan los principales estados de salud que son motivo de discriminación en espacios laborales. Al final del documento en el Anexo 4 Estados de salud desglosado, encontraran los que no se ven reflejados en esta tabla.

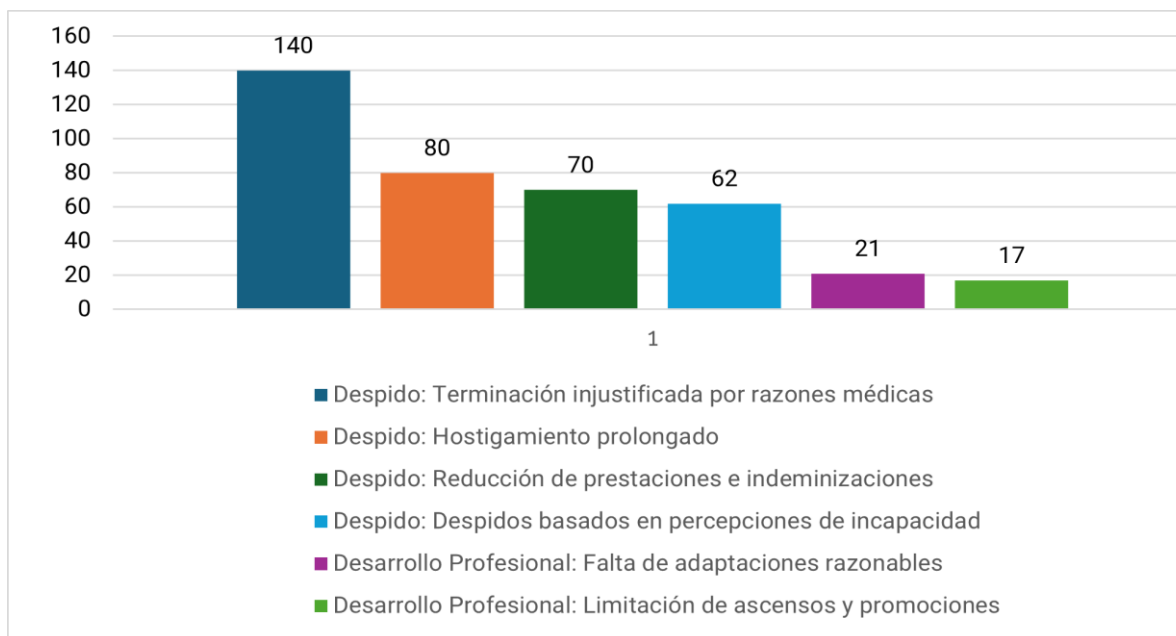
A continuación, se desglosa a detalle la información sobre los estados de salud y las prácticas discriminatorias que se registraron:

a) Embarazo

Del total de las quejas registradas el 57% corresponde al caso de personas embarazadas, de ese porcentaje el 10%, es decir 80 casos, corresponden con casos que médicamente se catalogaron con embarazos de alto riesgo. En el 2022 en Consejo presentó el documento “Discriminación por embarazo. Un estudio sobre la Ciudad de México” (Copred, 2022), en donde se demostró que la mayor parte de quejas presentadas ante el consejo en la materia están relacionadas con prácticas discriminatorias como: el maltrato psicológico (49%), el incremento de cargas de trabajo y en un muy preocupante cúmulo de conductas (23%) que van desde delitos como la privación de la libertad, el acoso sexual, hasta la violación a derechos laborales.

Aunado a lo anterior las prácticas discriminatorias más frecuentes son las siguientes:

Ilustración 8 Principales prácticas discriminatorias en el embarazo.



Fuente: Elaboración propia con la información recabada en el mecanismo de captura de datos de COPRED.

Dentro de esta categoría, 80 casos están relacionados con un diagnóstico de embarazo de alto riesgo, lo que muestra que, además de la discriminación generalizada hacia las personas embarazadas, existe un patrón de exclusión agravada cuando el estado de salud requiere cuidados médicos adicionales o restricciones laborales específicas.

Las prácticas discriminatorias más frecuentes en esta categoría incluyen:

- Despido: Terminación injustificada por razones médicas **(140 casos)**

En estos casos, los empleadores dieron por terminada la relación laboral de manera inmediata tras conocer el embarazo, sin brindar información ni justificación formal. Esta práctica evidencia una exclusión sistemática de las personas embarazadas en los espacios de trabajo, ignorando su derecho a la estabilidad laboral y a la protección de la maternidad.

- Despido: Hostigamiento prolongado **(80 casos)**

Es una de las prácticas más graves documentadas en el análisis, pues incluye agresiones directas hacia las trabajadoras. En 12 casos, se registraron violencias físicas y agresiones verbales como estrategia para forzar la salida de la persona trabajadora. Además, en 5 casos,

el hostigamiento alcanzó un nivel extremo, con la privación de la libertad de las trabajadoras por períodos de un día o más de 7 horas, con el objetivo de presionarlas para que firmaran su renuncia voluntaria.

- Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones **(70 casos)**

Aunque esta práctica podría conceptualmente incluirse en la terminación por razones médicas, los relatos analizados permiten identificar que en estos casos hubo una negación expresa de prestaciones de salud, permisos laborales y finiquitos tras la terminación del empleo. Esto implica que, además de vulnerar el derecho al trabajo, las empresas obstaculizaron el acceso a derechos adquiridos de las personas embarazadas, limitando su capacidad de acceder a servicios médicos y beneficios laborales que les corresponden.

b) VIH/SIDA

De las 51 quejas presentadas en esta categoría, 50 fueron emitidas por personas del género masculino y solo 1 por una persona del género femenino. Esto evidencia que, en el contexto laboral, las personas identificadas como hombres con VIH/SIDA son quienes enfrentan la mayor cantidad de actos discriminatorios en sus espacios de trabajo.

Entre los giros y actividades donde más se registraron estas quejas destacan: Servicios de salud (clínicas, hospitales, farmacias) con 10 casos, venta al por mayor (distribuidoras, mercados especializados) con 8 casos y gestión de instalaciones (mantenimiento, limpieza, seguridad, entre otros) con 6 casos.

Es particularmente relevante que el sector salud sea el que más quejas registra, a pesar de que se espera que cuente con mayor acceso a información sobre el VIH. Esto refleja una contradicción profunda, ya que, en un espacio donde se supone que existen conocimientos sobre la transmisión del virus y los avances médicos que han permitido normalizar la vida laboral de las personas con VIH/SIDA, la desinformación, los prejuicios y el estigma siguen operando como factores de exclusión laboral.

Las prácticas discriminatorias más recurrentes dentro de esta categoría fueron:

- Reclutamiento: Exámenes médicos obligatorios **(6 casos)**

La implementación de exámenes médicos obligatorios durante el proceso de reclutamiento puede propiciar prácticas de salutismo, donde se prioriza la contratación de individuos que cumplen con estándares de salud específicos, excluyendo a aquellos con condiciones como el VIH/SIDA. Esta práctica no sólo es discriminatoria, sino que también perpetúa estigmas asociados a ciertas condiciones de salud y restringe el acceso equitativo al empleo.

- Despido injustificado tras diagnóstico de VIH **(27 casos)**.

La discriminación laboral contra personas con VIH no solo vulnera su derecho al trabajo, sino que también refuerza el estigma social y el miedo asociados a la infección. Según la ONU, el rechazo y la exclusión laboral de personas con VIH incrementan la vulnerabilidad ante la enfermedad, obstaculizando su detección y tratamiento oportunos (Organización de las Naciones Unidas [ONU], citado en Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH], 2018). Esto se traduce en un ciclo de exclusión que no solo afecta la estabilidad económica y emocional de las personas despedidas, sino que también disuade a otros trabajadores de realizarse pruebas médicas por temor a represalias laborales. La falta de una cultura organizacional inclusiva y de medidas de no discriminación impide que las personas con VIH se reconozcan como sujetos de derechos, lo que perpetúa su marginación en el ámbito laboral y social.

- Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización **(6 casos)**

Estas prácticas incluyeron comentarios violentos, violencia física y la constante reiteración del estado de salud de la persona trabajadora como motivo para demeritar su desempeño laboral. Tales acciones no solo afectan el bienestar emocional y físico de las personas afectadas, sino que también crean ambientes laborales hostiles y poco inclusivos.

- Desarrollo profesional: Hostigamiento que derivó en la renuncia de la persona trabajadora **(5 casos)**
- Despido por hostigamiento prolongado **(5 casos)**

En estos casos, las personas trabajadoras fueron sometidas a un ambiente hostil de forma sostenida, con prácticas reiteradas de discriminación, exclusión y violencia psicológica. Se

identificó que, en 3 de los casos, el hostigamiento y la discriminación laboral generaron repercusiones emocionales en las personas afectadas, derivando en ansiedad, estrés severo y síntomas depresivos. Estos efectos no solo impactaron su desempeño laboral, sino que también influyeron en su bienestar general, llevándolos a abandonar el empleo ante la imposibilidad de continuar en un ambiente de trabajo dañino y excluyente.

En este punto, se evidencia una práctica sistemática en la que los empleadores, al enterarse del diagnóstico de VIH/SIDA de una persona trabajadora, proceden a limitar su acceso al empleo o directamente la despiden. Esta decisión no solo se basa en prejuicios y desconocimiento sobre la condición médica, sino que refuerza la exclusión laboral de personas con VIH, restringiendo sus oportunidades de desarrollo profesional y vulnerando su derecho al trabajo.

- Contratación: Negativa a contratar personas con estados de salud específicos **(2 casos)**

En ambos casos, las personas trabajadoras identificaron un trato diferencial entre el inicio del proceso de contratación y la decisión final del empleador, lo que se desencadenó tras haber informado sobre su diagnóstico de VIH. Este tipo de discriminación se manifestó en cambios en el tono de la comunicación, retrasos injustificados en la contratación y, finalmente, la negativa a formalizar su ingreso a la empresa sin justificación clara.

c) Discapacidad física-motriz

Tabla 3 : Distribución discapacidad física-motriz

Tipo de discapacidad física-motriz	Número de casos
Movilidad reducida	41
Monoplejía	7
Diplejía	2

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Tal como se muestra en la tabla 3: distribución de discapacidad físico-motriz, los 41 de los 50 casos registrados corresponden a personas con movilidad reducida, mientras que 7 casos se identificaron como monoplejía y 2 como diplejía.

La **movilidad reducida** hace referencia a una limitación parcial en el movimiento, que puede deberse a diversas causas, como lesiones, enfermedades degenerativas o condiciones congénitas. Esta condición no implica la pérdida total de la función motora, pero sí dificultades para desplazarse o realizar ciertas tareas físicas.

Por otro lado, la **monoplejía** es una forma de parálisis que afecta únicamente una extremidad, ya sea un brazo o una pierna, mientras que la **diplejía** implica la pérdida parcial o total del movimiento en ambas extremidades (ya sean los brazos o las piernas), lo que restringe significativamente la autonomía de la persona trabajadora.

Entre los sectores y giros de actividad donde más se registraron quejas destacan:

- Comercio: Venta al por mayor (distribuidoras, mercados especializados) (**7 casos**)
- Servicios: Gestión de instalaciones (mantenimiento, limpieza, seguridad, entre otros) (**5 casos**)
- Servicios de salud (clínicas, hospitales, farmacias) (**4 casos**)

Se destaca el sector Industria: Construcción (infraestructura y vivienda), que, aunque solo presenta **2 casos**, son sumamente representativos porque evidencian discapacidades adquiridas dentro del espacio laboral debido a actividades de alto riesgo.

Uno de estos casos corresponde a un conductor que sufrió un accidente automovilístico mientras realizaba un viaje de trabajo, lo que derivó en una discapacidad que le hizo perder la movilidad de una pierna. En lugar de recibir apoyo por parte de la empresa, fue despedido inmediatamente, sin considerar su derecho a la reincorporación con ajustes razonables.

El segundo caso involucra a un operador de maquinaria que, tras realizarse exámenes médicos obligatorios solicitados por la empresa, descubrió que su labor le había generado un daño severo en la columna. Después de recibir los resultados, la empresa lo despidió sin brindarle

atención médica, a pesar de que la discapacidad fue producto de su trabajo. Este caso pone en evidencia la falta de protocolos de protección laboral para quienes desempeñan actividades con un alto impacto físico.

Entre las principales formas de discriminación hacia personas con discapacidad físico-motriz se encuentran:

- Reclutamiento: Exclusión de personas con condiciones visibles **(10 casos)**

En estos casos, los empleadores desestimaron la contratación de personas con discapacidad basándose en prejuicios sobre su apariencia física y en la idea errónea de que no serían capaces de desempeñar sus funciones. La desinformación y los estigmas asociados a la discapacidad contribuyen a que las empresas perciban a estas personas como una “carga” en lugar de reconocer sus capacidades laborales. Además, en 4 de estos casos, las empresas negaron el acceso a seguros médicos a personas con discapacidad, argumentando que representan un gasto adicional.

- Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad **(11 casos)**

De estos, 5 casos corresponden a un trato diferencial que se intensificó tras la manifestación de la discapacidad, mientras que 6 casos refieren a situaciones donde las altas exigencias físicas y la falta de adaptaciones laborales como la cantidad de horas de pie y la falta instalaciones accesibles derivaron en el despido. En estos casos, las personas trabajadoras fueron despedidas sin considerar ajustes razonables ni opciones de reubicación dentro de la empresa.

- Despido: Hostigamiento prolongado **(6 casos)**

En 2 casos, el hostigamiento provino de jefes y coordinadores, quienes recurrieron a violencia verbal, comentarios despectivos y sobrecarga de trabajo para presionar a la persona a renunciar. En los otros 4 casos, el hostigamiento provino de compañeros de trabajo, lo que sugiere que la falta de sensibilización en el entorno laboral fomenta actitudes de exclusión y maltrato hacia las personas con discapacidad.

- Despido: Terminación injustificada por razones médicas (**9 casos**)

En 4 de estos casos, las personas trabajadoras adquirieron su discapacidad como consecuencia de accidentes laborales, tras lo cual fueron despedidas sin recibir compensaciones ni apoyo médico. En los otros 5 casos, la discapacidad se derivó de causas externas al trabajo, pero los empleadores optaron por terminar su relación laboral sin evaluar opciones de reintegración con ajustes razonables.

Se identificó que en este estado de salud las ocupaciones más afectadas corresponden a ayudantes, peones o similares en el proceso de fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento. En este sector se detecta un doble patrón de discriminación:

- Falta de acceso a puestos de mayor jerarquía: A estas personas se les niega la posibilidad de ascender dentro de la organización, perpetuando su exclusión de mejores oportunidades laborales.
- Asignación de tareas físicamente demandantes sin adaptaciones: A pesar de su estado de salud, se les siguen asignando actividades que implican altas exigencias físicas

d) Lesión

Tabla 4: Distribución tipo de lesión

Tipo de lesión	Número de casos
Síndrome del túnel carpiano	5
Fractura de brazo	5
Lesión en ciática	5
Tendinitis	2
Fractura de pierna	2

Sobrecarga muscular	14
Lumbalgia	14

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Según la **tabla 4**: distribución de tipo de lesión, las lesiones laborales se clasifican de la siguiente manera:

Síndrome del túnel carpiano: Se registraron **5 casos** en personas trabajadoras de apoyo en actividades administrativas. Esta afección ocurre cuando el nervio mediano, que va desde el antebrazo hasta la mano, se comprime al pasar por el túnel carpiano en la muñeca. Esta compresión puede provocar entumecimiento, hormigueo y debilidad en la mano y los dedos, especialmente en el pulgar, índice, medio y anular (OrthoInfo, s/f). Las causas incluyen movimientos repetitivos de la mano y la muñeca, así como condiciones que causan inflamación en la muñeca. En estos casos, la lesión se atribuye a condiciones laborales que implican un uso intensivo de la computadora sin equipos ergonómicos adecuados para prevenir este tipo de lesiones

Sobrecarga muscular y lumbalgia: Ambas condiciones suman **14 casos** cada una, representando los estados de salud más frecuentes. La lumbalgia, comúnmente conocida como dolor lumbar, se refiere al dolor localizado en la parte baja de la espalda y puede estar asociado a problemas en los músculos, ligamentos, nervios o estructuras óseas de la columna vertebral. Aproximadamente el 60% de estas lesiones tienen su origen en actividades laborales que exigen una sobrecarga física, lo que ha derivado en estas afecciones.

Tendinitis: Se registraron **2 casos** de esta inflamación o irritación de un tendón, que es la estructura que conecta el músculo con el hueso. La tendinitis suele ser resultado de movimientos repetitivos o una sobrecarga en la zona afectada (OrthoInfo,s/f).

Fracturas: Hubo **4 casos** de fractura de brazo y **2 casos** de fractura de pierna, lesiones que implican la ruptura de los huesos de las extremidades superiores e inferiores, respectivamente.

Lesión del nervio ciático (ciática): Se documentaron **5 casos** de ciática, que se refiere al dolor, debilidad, entumecimiento u hormigueo en la pierna, causado por lesión o presión sobre el nervio ciático (MedilinePlus, s/f). Este nervio se extiende desde la parte baja de la espalda hasta las piernas, y su compresión puede provocar síntomas a lo largo de su recorrido.

Entre las principales prácticas de discriminación ante una lesión se identificaron:

- Despido: Terminación injustificada por razones médicas (**11 casos**)

En 7 de estos casos, las lesiones fueron provocadas por la actividad laboral y, tras su identificación por parte de los servicios de salud, los empleadores decidieron terminar la relación laboral. Este patrón responde a que, para muchas empresas, resulta más barato reemplazar personal que ofrecer rehabilitación y prestaciones médicas, sin que haya una justificación formal sobre la decisión de despido.

- Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones (**8 casos**)

En estos casos, los empleadores despidieron a las personas trabajadoras con el propósito explícito de retirarles el acceso a servicios de salud y prestaciones médicas. Esto evidencia una práctica sistemática donde los derechos laborales son socavados para evitar costos adicionales en la atención médica de los trabajadores.

- Despido: Hostigamiento prolongado (**7 casos**)

Se documentaron prácticas de burla y menosprecio hacia las personas con lesiones, con el fin de generar un ambiente hostil que propicie su salida “voluntaria”. En la mayoría de estos casos, la violencia verbal provino de superiores jerárquicos (jefes y coordinadores), mientras que 4 de los 7 casos corresponden a hostigamiento por parte de compañeros del mismo nivel jerárquico.

- Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad (**11 casos**)

En estos casos, la duración de la lesión llevó a los empleadores a percibir que la persona trabajadora no podría continuar con sus funciones, incluso cuando su condición era temporal o tratable. La falta de protocolos para reincorporar a personas con lesiones en recuperación

generó despidos basados en suposiciones erróneas sobre la capacidad de las personas para seguir desempeñando su labor.

e) Discapacidad sensorial

Tabla 5: Distribución discapacidad sensorial

Tipo de discapacidad sensorial	Número de casos
Discapacidad visual	11
Discapacidad auditiva	12

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

La categoría de discapacidad sensorial abarca casos de discapacidad visual y auditiva. Según la tabla 5: discapacidad sensorial, se registraron **11 casos** de discapacidad visual y **12 casos** de discapacidad auditiva.

La discapacidad visual se refiere a una disminución significativa de la agudeza o del campo visual que, incluso con corrección, afecta el desempeño de una persona (Gobierno de México, s.f.). Por otro lado, la discapacidad auditiva implica la falta, disminución o pérdida de la capacidad para oír en alguna parte del aparato auditivo, lo cual puede no ser evidente físicamente (Gobierno de México, s.f.).

Los giros y actividades más recurrentes en estos casos incluyen:

Industria: Manufactura de alimentos, textiles, electrónica, farmacéutica: Se registraron 3 casos, de los cuales 2 están asociados a discapacidad auditiva provocada por la exposición al ruido de maquinaria en el entorno laboral.

- Servicios: Transporte público y privado, servicios de paquetería y almacenamiento: Se identificaron 2 casos.
- Servicios: Servicios de salud (clínicas, hospitales, farmacias): Se registraron 5 casos. Este hallazgo es relevante, ya que evidencia que el sector salud, a pesar de su

familiaridad con diversas condiciones médicas, no siempre está sensibilizado, lo que conduce a prácticas discriminatorias hacia personas con discapacidades sensoriales.

Las prácticas discriminatorias más comunes en esta categoría fueron:

- Despido: Terminación injustificada por razones médicas **(8 casos)**

Se registraron 5 casos, de los cuales 3 involucraron situaciones donde la discapacidad no impidió la contratación inicial; sin embargo, al solicitar permisos para atención médica, los contratos fueron terminados sin justificación.

- Despido: Hostigamiento prolongado **(5 casos)**

Hubo 3 casos, destacando que en 2 de ellos el hostigamiento escaló a violencia física. Además, en estos tres casos, la discapacidad sensorial fue el motivo principal del hostigamiento, acompañado de discriminación por edad.

- Despido: Basado en percepciones de incapacidad **(8 casos)**

Se documentaron 8 casos, donde en 6 de ellos los empleadores expresaron que despedían a las personas porque, debido a su discapacidad, no podían realizar las tareas adecuadamente y “no servían”.

- Desarrollo profesional: Falta de adaptaciones razonables **(2 casos)**

Se identificaron 2 casos en los que las empresas se negaron a realizar ajustes para crear espacios inclusivos, específicamente, la modificación en los colores usados para las presentaciones de trabajo, con la intención de hacerlos más accesibles y amigables para las personas con discapacidad visual, o la negativa gestionar la exposición prolongada a la luz de las computadoras.

Las ocupaciones más afectadas en esta categoría fueron:

- Servicios de mantenimiento **(10 casos)**
- Servicios de seguridad y vigilancia **(2 casos)**

Este patrón responde a los estigmas y percepciones erróneas de incapacidad que persisten entre los empleadores, quienes consideran que las personas con discapacidad visual o auditiva no son aptas para desempeñar otras actividades laborales. Como resultado, se les excluye sistemáticamente de puestos administrativos, técnicos o de atención al público, limitando su acceso a oportunidades de crecimiento y desarrollo profesional.

f) Enfermedades crónico-degenerativas

Tabla 6: Distribución enfermedades crónico degenerativas

Tipo de enfermedad crónico-degenerativa	Número de casos
Diabetes mellitus	6
Hipertensión arterial sistémica	4
Hipertensión pulmonar	3
Osteoartritis	6
Sarcopenia	2
Asma	2

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Esta categoría abarca diversas condiciones médicas que, por su naturaleza progresiva y persistente, pueden afectar la calidad de vida y la capacidad laboral de las personas. Según se ilustra en la Tabla 6: distribución de Enfermedades Crónico-Degenerativas, se registraron los siguientes casos: **6 casos**de diabetes mellitus, **4 casos** de hipertensión arterial sistémica, **3 casos** de hipertensión pulmonar, **6 casos** de osteoartritis, **2 casos** de sarcopenia y **2 casos** de asma

Las quejas relacionadas con estas enfermedades se concentraron en los siguientes sectores:

- Servicios: Servicios financieros (bancos, aseguradoras): **6 casos**
- Comercio: Venta al por mayor (distribuidoras, mercados especializados): **3 casos**
- Servicios: Gestión de instalaciones, incluyendo mantenimiento, limpieza, seguridad, entre otros: **4 casos**

Entre las prácticas discriminatorias identificadas destacan:

- Desarrollo profesional: Falta de adaptaciones razonables (**2 casos**)

En ambos casos, se observó una negativa por parte de los empleadores a otorgar permisos para que las personas trabajadoras pudieran acudir a consultas médicas, lo que obstaculiza el manejo adecuado de su condición de salud.

- Despido: Basado en percepciones de incapacidad (**6 casos**)

Tras comunicar un diagnóstico que no afectaba su desempeño físico, las personas trabajadoras fueron despedidas al ser consideradas menos aptas debido a su condición médica.

- Despido: Terminación injustificada por razones médicas (**9 casos**)

Después de informar sobre su estado de salud, las personas trabajadoras fueron excluidas de sus puestos sin explicación, siendo percibidas como una carga económica para la empresa.

Diferencia entre despidos por percepciones de incapacidad y despidos por motivos médicos:

- Despidos basados en percepciones de incapacidad: Se caracterizan por una serie de comentarios y actitudes que reflejan dudas sobre la capacidad física de la persona trabajadora, lo que finalmente conduce a su despido.
- Despidos por razones médicas: Ocurren sin previo aviso ni justificación clara, inmediatamente después de que la persona trabajadora comunica su estado de salud.

g) Cáncer

En esta categoría, **17 casos** corresponden a personas del género femenino y **5 casos** al género masculino. En cuanto a las ocupaciones más afectadas, 7 casos involucran a personas que laboran como ayudantes, peones o similares en el proceso de fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento. Además, se registraron 3 casos en profesionistas, 4 en trabajadores de servicios de protección y vigilancia, 6 en comerciantes, empleados de comercio y agentes de ventas, y 2 en ocupaciones no especificadas.

Las prácticas discriminatorias más recurrentes en este grupo incluyen:

- Despido: Terminación injustificada por razones médicas (**12 casos**)

En estos casos, se identificó que los empleadores se negaron a adaptar los horarios de trabajo, impidiendo que las personas trabajadoras pudieran acceder a sus quimioterapias.

En 2 casos, además de la falta de adaptaciones, se documentó una sobrecarga de trabajo impuesta tras la notificación del diagnóstico, cuyo objetivo parecía ser presionar a la persona trabajadora para que renunciara voluntariamente.

- Despido: Hostigamiento prolongado (**3 casos**)

En uno de estos casos, se identificó que el hostigamiento incluyó violencia verbal y burlas sobre el estado de salud de la persona trabajadora. Se registraron comentarios ofensivos como:

“Me vas a pegar tu enfermedad.”

“Te ves horrible.” (haciendo referencia a los efectos físicos de la quimioterapia).

“Ya mejor vete a tu casa para que te mueras tranquila y no andes estorbando.”

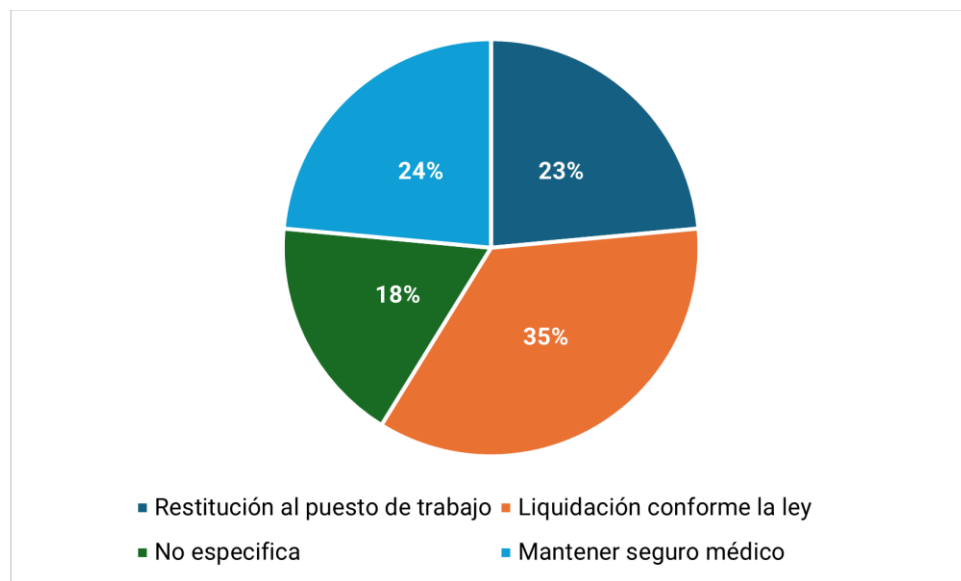
Este tipo de agresiones no solo propician la salida de la persona trabajadora, sino que generan un impacto emocional significativo, afectando su estabilidad psicológica en un contexto ya de por sí vulnerable.

Los sectores donde más se registraron actos discriminatorios hacia personas con cáncer fueron:

- Servicios de salud (clínicas, hospitales, farmacias) **4 casos**
- Servicios educativos (escuelas, universidades) **3 casos**
- Servicios financieros (bancos, aseguradoras) **3 casos**

En cuanto a las demandas y pretensiones de las personas afectadas:

Ilustración 9 . Pretensión del peticionario (cáncer)



Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Las personas con este diagnóstico que suscitaron actos discriminatorios en el trabajo, solicitan ser liquidadas conforme la ley en un 35% de las veces, principalmente, porque identifican que con ese dinero pueden continuar con su tratamiento en lo que consiguen otra fuente de ingreso. Seguido de esto se encuentran mantener seguro médico y restitución al puesto de trabajo, en ambos casos con 25%, la preocupación inicial de las personas es la restricción, del servicio de salud, para seguir con su tratamiento médico.

Si bien este tipo de casos no es tan recurrente, se evidencia que la discriminación hacia personas con cáncer se agrava cuando los empleadores deciden despedirlas sin justificación,

ya que esto les restringe el acceso a los servicios de salud, los cuales en muchos casos son proporcionados a través del empleo y son esenciales para su tratamiento.

h) Discapacidad psicosocial

Tabla 7. Distribución discapacidad psicosocial

Tipo de discapacidad psicosocial	Número de casos
Ansiedad	10
Depresión	9
Trastorno bipolar	3

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Tal como se muestra en la tabla 7: distribución de discapacidad psicosocial, se identificaron **22 casos** relacionados con esta condición. La discapacidad psicosocial se refiere a la limitación de las personas que presentan disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas (Gobierno de México, s.f.).

Dentro de esta categoría, los diagnósticos más recurrentes fueron: Trastorno de ansiedad con 10 casos, depresión con 9 casos, de los cuales: 3 derivaron del postparto y 5 fueron catalogados como depresión grave, por último, trastorno bipolar con 3 casos

Los giros y actividades económicas donde se presentaron más casos de discriminación hacia personas con discapacidad psicosocial fueron:

- Comercio: Venta al por mayor (**distribuidoras, mercados especializados**) (**4 casos**). Todos corresponden a personas trabajadoras con la ocupación de vendedor(a).
- Servicios: Servicios de salud (**clínicas, hospitales, farmacias**) (**4 casos**) En este sector, las ocupaciones más afectadas fueron profesionistas y jefes de área.

- Servicios: Gestión de Información (**3 casos**). Este giro incluye empresas dedicadas a la recopilación, almacenamiento, organización y distribución de datos. Las personas afectadas se desempeñaban en actividades de apoyo administrativo.

Las principales formas de discriminación hacia personas con discapacidad psicosocial fueron:

- Despido: Hostigamiento prolongado (5 casos)

En estos 5 casos, las personas trabajadoras identificaron que el ambiente laboral afectó negativamente su estado mental, agravando su condición de salud.

- Despido: Terminación injustificada por razones médicas (4 casos)
- Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización (4 casos)

En ambos casos, a las personas trabajadoras se les negó un ascenso tras conocerse que estaban bajo tratamiento psiquiátrico.

Un hallazgo particularmente preocupante se identificó en el sector salud, específicamente en hospitales, donde se documentaron dos casos de hostigamiento extremo que atentan directamente contra la salud mental de las personas trabajadoras:

En el primer caso, el empleador, tras enterarse del diagnóstico de depresión de una persona trabajadora, le entregó las llaves que dirigían a la azotea del hospital y le dijo:

“Si te sientes muy triste, aquí te doy la solución, ve y aviéntate.”

En el segundo caso, un compañero de trabajo, al enterarse de la condición de salud mental de la persona afectada, le sugirió directamente que se suicidara, diciéndole:

“Si realmente te sientes tan triste, mejor mátate.”

Este tipo de situaciones reafirman el impacto que tienen los espacios laborales en la salud emocional de las personas trabajadoras. Cuando los entornos de trabajo se tornan hostiles y las actitudes violentas se vuelven recurrentes, los efectos negativos en la estabilidad mental son innegables.

i) Afecciones neurológicas degenerativas

Tabla 8 Distribución afección neurológica

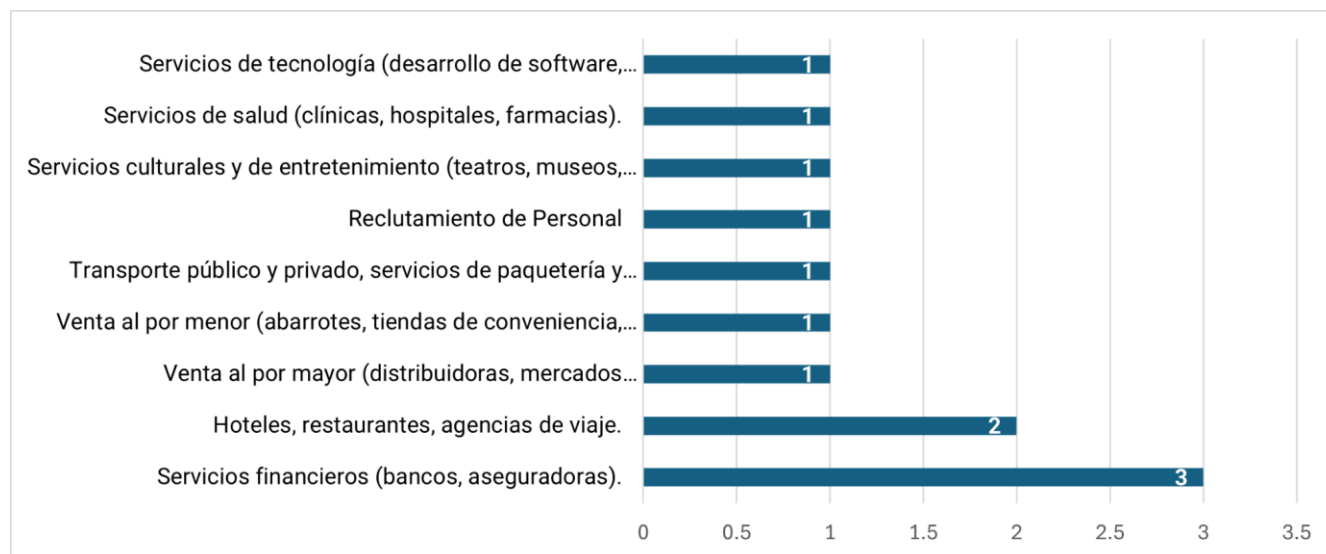
Tipo de afección neurológica	Número de casos
Enfermedad de Alzheimer	3
Migraña	2
Esclerosis múltiple	5
Epilepsia	3

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Esta categoría abarca enfermedades neurológicas degenerativas, que afectan progresivamente el sistema nervioso central, provocando un deterioro en su funcionamiento. Estas afecciones causan la pérdida gradual de neuronas y conexiones en el cerebro y la médula espinal, lo que puede generar alteraciones en el movimiento, la memoria, el lenguaje y otras funciones esenciales (Neuron, s.f.).

Tal como se muestra en la tabla 8: distribución de afecciones neurológicas, en esta categoría se identificaron: 3 casos de enfermedad de Alzheimer, 2 de migraña, 5 casos de esclerosis múltiple y 3 casos de epilepsia.

Ilustración 10. Afecciones neurológicas degenerativas y giro.



Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Si bien la baja frecuencia de estas afecciones dificulta encontrar patrones claros de reincidencia en áreas laborales específicas, los datos muestran que el sector con mayor número de casos reportados es:

- Servicios financieros (bancos, aseguradoras) **(3 casos)**
- Servicios: Hoteles, restaurantes y agencias de viaje **(2 casos)**

En las demás categorías económicas, tal como se muestra en la gráfica 9: afecciones neurológicas, solo se reporta un caso por cada giro, lo que impide establecer tendencias generales, pero evidencia la existencia de discriminación en múltiples sectores.

Las principales prácticas discriminatorias en esta categoría fueron:

- Despido: Terminación injustificada por razones médicas **(9 casos)**

En 4 casos, las personas trabajadoras fueron despedidas inmediatamente después de informar sobre su enfermedad, mientras que en 5 casos, el despido se produjo tras solicitar permisos para acudir a citas médicas, lo que evidencia una negativa por parte de los empleadores a reconocer y facilitar el acceso a tratamientos médicos esenciales.

- Despido: Basado en percepciones de incapacidad **(4 casos)**

En estos casos, al notificar su diagnóstico y solicitar adaptaciones en el entorno laboral, las personas trabajadoras enfrentaron un discurso de incapacidad, en el cual la responsabilidad del ajuste recayó en ellas y no en la empresa. Este tipo de justificaciones encubren la discriminación y refuerzan la exclusión laboral de personas con afecciones neurológicas degenerativas

Conclusiones

El análisis cualitativo y cuantitativo de las quejas relacionadas con discriminación por estado de salud emitidas ante COPRED permite identificar patrones significativos en las dinámicas laborales y sociales que perpetúan esta problemática. A lo largo de más de una década y con 730 quejas analizadas, el estudio resalta aspectos clave sobre las etapas laborales, las prácticas discriminatorias, las ocupaciones más afectadas y las condiciones de salud relacionadas.

La práctica más frecuente, el despido injustificado, evidencia la percepción generalizada de que ciertos estados de salud son incompatibles con el desempeño laboral. Esto afecta particularmente a personas trabajadoras embarazadas, personas con enfermedades crónicas y quienes viven con VIH, resaltando la necesidad de políticas inclusivas que protejan los derechos laborales y promuevan ajustes razonables.

El hostigamiento prolongado y las reducciones de prestaciones e indemnizaciones reflejan entornos laborales adversos que fomentan dinámicas de exclusión. Estos patrones son especialmente prevalentes en sectores con alta rotación o subcontratación, como comercio, gestión de instalaciones y servicios financieros.

La concentración de quejas en alcaldías como Cuauhtémoc, Benito Juárez y Miguel Hidalgo destaca la relación entre la centralización económica y conflictos laborales. En estas áreas, sectores como comercio y servicios concentran la mayoría de los casos debido a las dinámicas laborales competitivas y exigentes.

La distribución sectorial refleja que el sector terciario concentra el 90% de las quejas, especialmente en comercio mayorista, servicios de salud y gestión de instalaciones. Por otro lado, el sector secundario, aunque menos representado, evidencia dinámicas discriminatorias en actividades físicas intensas como manufactura y construcción.

Roles operativos y de servicio, como vendedores, ayudantes generales y personal de mantenimiento, encabezan las ocupaciones más afectadas. Estas posiciones, asociadas con condiciones laborales más precarias, enfrentan una combinación de hostigamiento, falta de

adaptaciones y despidos. Por el contrario, ocupaciones de mayor rango jerárquico presentan menos quejas, reflejando dinámicas diferentes en el acceso a recursos legales y la resolución de conflictos.

El análisis también evidencia la vulnerabilidad de las personas trabajadoras subcontratadas, quienes representan el 24% de las quejas. Las condiciones laborales menos protegidas y el enfoque en reducir costos hacen que este grupo sea especialmente susceptible a prácticas discriminatorias.

El embarazo, con un 57.7% de los casos, es la condición de salud más frecuentemente asociada con quejas de discriminación. Esta categoría refleja problemas estructurales en el reconocimiento y respeto de los derechos laborales de las mujeres. Otras condiciones, como VIH, lesiones laborales, salud mental y enfermedades crónicas, también destacan por su impacto en la exclusión y hostigamiento de las personas trabajadoras

Recomendaciones

Empresas y Centros de Trabajo

Diseño e implementación de políticas inclusivas: Adoptar políticas internas que aseguren la igualdad de trato para todas las personas trabajadoras, con énfasis en ajustes razonables y prevención de la discriminación.

Capacitación en inclusión laboral: Ofrecer formación continua al personal directivo y de recursos humanos sobre diversidad, equidad e inclusión (DEI), abordando temas como ajustes razonables, salud mental y derechos laborales.

Protocolos internos de denuncia: Establecer canales accesibles y confidenciales para reportar prácticas discriminatorias, asegurando seguimiento adecuado y protección contra represalias.

Revisión de prácticas de contratación: Eliminar requisitos excluyentes en procesos de reclutamiento, como exámenes médicos innecesarios o criterios basados en estigmas hacia personas con VIH, discapacidad o mujeres embarazadas.

Promoción de entornos laborales libres de discriminación: Garantizar que las condiciones de trabajo sean accesibles, equitativas y adaptadas a las necesidades individuales de las personas trabajadoras.

Participación activa en el GATI: Cumplir con los lineamientos establecidos por COPRED, incluyendo la prohibición de subcontratación y la promoción de buenas prácticas laborales.

Gobierno y Autoridades Competentes

Fortalecimiento de la inspección laboral: Implementar programas para verificar el cumplimiento de normativas antidiscriminatorias, priorizando sectores con alta incidencia de quejas como comercio y servicios.

Facilitación de mecanismos de denuncia: Asegurar que las personas trabajadoras tengan acceso a canales de denuncia accesibles, ya sea de manera presencial, virtual o telefónica.

Campañas educativas masivas: Promover la sensibilización en torno a la discriminación laboral por estado de salud, destacando los derechos laborales de las personas trabajadoras y las responsabilidades de los empleadores.

Fomento de incentivos para prácticas inclusivas: Crear estímulos para las empresas que implementen y documenten políticas inclusivas, fomentando la adopción de estándares internacionales de equidad laboral.

Colaboración interinstitucional: Coordinar acciones entre COPRED, la Junta de Conciliación y Arbitraje, juzgados y otras instancias relevantes para garantizar una atención integral a las quejas y fortalecer la resolución de conflictos laborales.

Para la Sociedad Civil y Organizaciones No Gubernamentales

Fortalecer la promoción de los derechos laborales, proporcionando información accesible y acompañamiento a personas trabajadoras que enfrentan prácticas discriminatorias en sus espacios de trabajo.

Promover la denuncia.

Impulsar el monitoreo ciudadano y la incidencia política para asegurar que las empresas cumplan con sus responsabilidades sociales, promoviendo modelos de trabajo inclusivos y dignos.

Desarrollar programas de sensibilización comunitaria, enfocados en combatir los estigmas hacia personas con VIH, discapacidad y salud mental, fomentando la construcción de redes solidarias y entornos laborales empáticos.

Este análisis proporciona una base para desarrollar políticas y estrategias que aborden las prácticas discriminatorias en todos los sectores y niveles laborales, avanzando hacia entornos de trabajo más inclusivos y equitativos.

Anexos

Anexo I. Tabla de NOMS

NOM	Categoría	¿Es vinculante?
NOM-001-STPS-2008	Seguridad	Sí
NOM-002-STPS-2010	Seguridad	Sí
NOM-004-STPS-1999	Seguridad	Sí
NOM-005-STPS-1998	Seguridad	Sí
NOM-006-STPS-2023	Seguridad	Sí
NOM-009-STPS-2011	Seguridad	Sí
NOM-020-STPS-2011	Seguridad	Sí
NOM-022-STPS-2015	Seguridad	Sí
NOM-027-STPS-2008	Seguridad	Sí
NOM-029-STPS-2011	Seguridad	Sí
NOM-033-STPS-2015	Seguridad	Sí
NOM-034-STPS-2016	Seguridad	Sí
NOM-010-STPS-2014	Salud	Sí
NOM-011-STPS-2001	Salud	Sí
NOM-012-STPS-2012	Salud	Sí
NOM-013-STPS-1993	Salud	Sí

NOM-014-STPS-2000	Salud	Sí
NOM-015-STPS-2001	Salud	Sí
NOM-024-STPS-2001	Salud	Sí
NOM-025-STPS-2008	Salud	Sí
NOM-035-STPS-2018	Salud	Sí
NOM-036-1-STPS-2018	Salud	Sí
NOM-017-STPS-2008	Organización	Sí
NOM-018-STPS-2015	Organización	Sí
NOM-019-STPS-2011	Organización	Sí
NOM-026-STPS-2008	Organización	Sí
NOM-028-STPS-2012	Organización	Sí
NOM-030-STPS-2009	Organización	Sí
NOM-003-STPS-1999	Específica	Sí
NOM-007-STPS-2000	Específica	Sí
NOM-008-STPS-2013	Específica	Sí
NOM-016-STPS-2001	Específica	Sí
NOM-023-STPS-2012	Específica	Sí

Fuente: Elaboración propia con la información proporcionada por la página del Gobierno de México.

Anexo 2. Listado completo giro o actividad

Giro o Actividad completo	
Comercio: Venta al por mayor (distribuidoras, mercados especializados).	96
Servicios: Gestión de instalaciones, incluyendo mantenimiento, limpieza, seguridad, entre otros	69
Servicio: Hoteles, restaurantes, agencias de viaje.	60
Servicios: Servicios de salud (clínicas, hospitales, farmacias).	57
Servicios: Servicios financieros (bancos, aseguradoras).	54
Industria: Manufactura de alimentos, textiles, electrónica, farmacéutica.	50
Comercio: Venta al por menor (abarrotes, tiendas de conveniencia, ropa).	44
Servicios: Servicios educativos (escuelas, universidades).	40
Servicios: Reclutamiento de Personal	39
Servicio: Transporte público y privado, servicios de paquetería y almacenamiento.	27
Servicios : Gestión de Información	26
Industria: Construcción (infraestructura y vivienda).	24

Servicios: Servicios culturales y de entretenimiento (teatros, museos, eventos).	22
Servicios: Servicios de tecnología (desarrollo de software, telecomunicaciones).	20
Servicios: Administración de negocios	19
Servicios: Áreas de belleza	14
Servicio: Jurídicos abogados, buffetes, etc	14
Servicio: Centro de Atención de Llamadas	14
Servicios: Publicidad y Marketing	11
Comercio: Venta y renta de bienes inmuebles.	8
Servicio : Lavandería y Tintorería	8
Servicio: Asociación Civil	6
Servicios: Seguridad Privada	3
Servicio: Iglesia	2
Servicio: Trabajo de cuidados (enfermería, cuidadores..)	2
Servicio: Sociedad Civil	1
Comercio: Venta de combustibles	1
Industria: Manejo de Residuos (tratamiento, recolección, reciclaje, destrucción y gestión ambiental)	1

No especifica	1
---------------	---

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Anexo 3. Listado de ocupaciones completo y desglosado

Clasificación ocupaciones	
Trabajadores de apoyo en actividades administrativas	134
Ayudantes, peones o similares en el proceso de fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento	132
No especifica	97
Empleado de ventas en establecimientos	90
Profesionistas	55
Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en actividades administrativas y de servicios	51
Trabajadores de la educación	33
Trabajadores en servicios de protección y vigilancia	28
Comerciantes, empleados de comercio y agentes de ventas.	25
Ayudantes en la preparación de alimentos	20
Otros trabajadores con ocupaciones no especificadas	19

Jefes, supervisores y otros trabajadores de control en la fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento	12
Técnicos	10
Conductores y ayudantes de conductores de maquinaria móvil y medios de transporte	8
Operadores de maquinaria fija	7
Trabajadores en servicios domésticos	12

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Trabajadores de apoyo en actividades administrativas	
Agente telefónico	28
Auxiliar administrativo	17
Cajero(a)	17
Recepcionista	15
Auxiliar contable	13
Atención a clientes	9
Secretaria	9
Ejecutivo(a) de cuenta	8
Personal de Recursos Humanos	8

Asistente Administrativo	4
Asistente de área	3
Encargado (a) de servicios y garantías	1

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Ayudantes en la preparación de alimentos	
Cocinero(a)	17
Ayudante de cocina	2
Lavalosas	1

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Personas trabajadoras en servicios domésticos	
Cuidador(a) particular	2
Empleada de limpieza	10

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Ayudantes, peones o similares en el proceso de fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento	
Ayudante General	49
Personal de mantenimiento	45

Mesero(a)	15
Empacador(a)	6
Recamarista	3
Asistente	2
Obrero(a) en manufactura	2
Barnizador (a)	1
Auxiliar de mantenimiento	1
Ayudante general	1
Atención en mostrador	1
Auxiliar farmacéutico	1
Hosstes	1
Despachador(a) de combustible	1
Capturista	1
Auxiliar de almacén	1
Auxiliar de lavandería	1

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Comerciantes, empleados de comercio y agentes de ventas.	
Asesor (a) de tienda	4
Ejecutivo(a) de ventas	3

Gerente de ventas	2
Televendedor(a)	2
Promotor (a) de marca	2
Atención a Clientes	2
Ejecutivo (a) de precios	1
Agente mercantil	1
Técnico (a) de marca	1
Auxiliar en ventas	1
Coordinador (a) de compras	1
Asesor (a) inmobiliario	1
Promotora de casa	1
Coordinadora de Administración de Ventas	1
Gerente de Ventas	1
Asesora SEI	1
Jefe(a) de ventas	1

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Comerciantes, empleados de comercio y agentes de ventas.	
Conductor(a)	7
Mensajero (a)	1

Empleado de ventas en establecimiento	
Vendedor (a)	90
Operadores de maquinaria fija	
Operador(a)	6
Auxiliar de manufactura	1

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Anexo 4. Estados de salud completo y desglosado

Estados de salud completos	
Embarazo	417
VIH/SIDA	51
Discapacidad física-motriz	50
Lesión	45
Discapacidad sensorial	23
Enfermedades crónico degenerativas	23
Cáncer	22
Discapacidad psicosocial	20
Afección neurológicas degenerativas	13

Razón médica no especificada	10
COVID-19	9
Discapacidad intelectual	8
Edadismo	8
Afecciones cutáneas	6
Enfermedades respiratorias	5
Diversidad corporal	4
Enfermedad ginecológica	4
Afección prolongada	3
Enfermedad gastrointestinal	2
Enfermedades autoinmunes	2
Enfermedad en vías urinarias	2
Enfermedades infecciosas	2
Enfermedad de transmisión sexual	1

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Distribución afección neurológica	
Enfermedad de Alzheimer	3
Migraña	2
Esclerosis múltiple	5

Epilepsia	3
Distribución afección cutánea	
Vitiligo	2
Dermatitis atópica	3
Alopecia	1
Distribución discapacidad psicosocial	
Ansiedad	10
Depresión	8
Trastorno bipolar	3
Distribución embarazo	
Embarazo	338
Embarazo de alto riesgo	80
Distribución crónico degenerativas	
Diabetes mellitus	6
Hipertensión arterial sistémica	4
Hipertensión pulmonar	3
Osteoartritis	6
Sarcopenia	2
Asma	2

Distribución discapacidad sensorial	
Discapacidad visual	11
Discapacidad auditiva	12
Distribución tipo de lesión	
Sobrecarga muscular	14
Lumbagia	14
Síndrome del túnel carpiano	5
Lesión en ciática	5
Fractura de brazo	4
Tendinitis	2
Fractura de pierna	2
Distribución discapacidad física-motriz	
Movilidad reducida	41
Monoplejía	7
Diplejía	2

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Anexo 5. Prácticas discriminatorias completo por giro y/o actividad.

Comercio: Venta al por mayor (distribuidoras, mercados especializados)

Práctica discriminatoria	
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	27
Despido: Hostigamiento prolongado	22
Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	17
Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	9
Desarrollo profesional: Falta de Adaptaciones razonables	5
Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización	9
Desarrollo profesional: Limitación de ascensos y promociones	5
Reclutamiento: Exclusión de personas con condiciones visibles	1
Reclutamiento: Exámenes médicos obligatorios	1
Servicios: Gestión de instalaciones, incluyendo mantenimiento, limpieza, seguridad, entre otros	

Práctica discriminatoria	
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	20
Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	13
Despido: Hostigamiento prolongado	11
Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	10
Desarrollo profesional: Falta de Adaptaciones razonables	5
Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización	5
Desarrollo profesional: Limitación de ascensos y promociones.	2
Contratación: Trato diferenciado en condiciones iniciales.	1
Servicio: Hoteles, restaurantes, agencias de viaje.	
Práctica discriminatoria	
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	16

Despido: Hostigamiento prolongado	12
Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	11
Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	7
Desarrollo profesional: Falta de Adaptaciones razonables	4
Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización	4
Desarrollo profesional:Exclusión de actividades laborales importantes.	3
Desarrollo profesional: Limitación de ascensos y promociones	2
Contratación: Trato diferenciado en condiciones iniciales.	1
Servicios: Servicios de salud (clínicas, hospitales, farmacias).	
Práctica discriminatoria	
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	19
Despido: Hostigamiento prolongado	9

Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	9
Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	5
Reclutamiento: Exámenes médicos obligatorios	3
Reclutamiento: Exclusión de personas con condiciones visibles	3
Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización	3
Desarrollo profesional: Limitación de ascensos y promociones	3
Desarrollo profesional: Falta de Adaptaciones razonables	2
Contratación: Negativa a contratar personas con enfermedades crónicas	1
Servicios : Gestión de Información	
Práctica discriminatoria	
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	6

Despido: Hostigamiento prolongado	5
Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	5
Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	4
Desarrollo profesional: Limitación de ascensos y promociones	3
Reclutamiento: Exclusión de personas con condiciones visibles	1
Desarrollo profesional: Falta de Adaptaciones razonables	1
Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización	1
Industria: Construcción (infraestructura y vivienda).	
Práctica discriminatoria	
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	8
Despido: Hostigamiento prolongado	3

Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	4
Desarrollo profesional: Falta de Adaptaciones razonables	4
Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización	3
Desarrollo profesional: Limitación de ascensos y promociones	1
Reclutamiento: Exclusión de personas con condiciones visibles	1
Servicios: Servicios culturales y de entretenimiento (teatros, museos, eventos).	
Práctica discriminatoria	
Despido: Hostigamiento prolongado	8
Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	8
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	3
Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	1

Desarrollo profesional: Falta de Adaptaciones razonables	1
Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización	1
Servicios: Servicios de tecnología (desarrollo de software, telecomunicaciones).	
Práctica discriminatoria	
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	8
Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	5
Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	2
Desarrollo profesional: Falta de Adaptaciones razonables	2
Despido: Hostigamiento prolongado	1
Reclutamiento: Exámenes médicos obligatorios	1
Desarrollo profesional: Limitación de ascensos y promociones	1
Servicios: Administración de negocios	

Práctica discriminatoria	
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	12
Despido: Hostigamiento prolongado	4
Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	2
Industria: Manufactura de alimentos, textiles, electrónica, farmacéutica.	
Práctica discriminatoria	
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	23
Despido: Hostigamiento prolongado	8
Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	7
Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	7
Desarrollo profesional: Falta de Adaptaciones razonables	3
Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización	1

Desarrollo profesional: Limitación de ascensos y promociones	1
Comercio: Venta al por menor (abarrotes, tiendas de conveniencia, ropa).	
Práctica discriminatoria	
Despido: Hostigamiento prolongado	11
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	10
Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	8
Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	6
Desarrollo profesional: Falta de Adaptaciones razonables	4
Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización	2
Reclutamiento: Exclusión de personas con condiciones visibles	2
Desarrollo profesional: Limitación de ascensos y promociones	1

Servicios: Servicios educativos (escuelas, universidades).	
Práctica discriminatoria	
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	15
Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	11
Despido: Hostigamiento prolongado	4
Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	4
Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización	3
Desarrollo profesional: Limitación de ascensos y promociones	1
Reclutamiento: Exclusión de personas con condiciones visibles	1
Servicios: Reclutamiento de Personal	
Práctica discriminatoria	
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	15

Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	7
Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	6
Despido: Hostigamiento prolongado	5
Desarrollo profesional: Falta de Adaptaciones razonables	3
Desarrollo profesional: Hostigamiento y estigmatización	1
Desarrollo profesional: Limitación de ascensos y promociones	1
Reclutamiento: Exámenes médicos obligatorios	1
Servicio: Transporte público y privado, servicios de paquetería y almacenamiento.	
Práctica discriminatoria	
Despido: Terminación injustificada por razones médicas	8
Despido: Despidos basados en percepciones de incapacidad.	4

Despido: Hostigamiento prolongado	3
Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	3
Contratación: Negativa a contratar personas con enfermedades crónicas	3
Desarrollo profesional: Limitación de ascensos y promociones	2
Desarrollo profesional:Exclusión de actividades laborales importantes.	2
Reclutamiento: Exclusión de personas con condiciones visibles	1
Despido: Reducción de prestaciones e indemnizaciones.	1

Fuente: Elaboración propia por la información capturada en la base de datos histórica de COPRED.

Bibliografía:

- Carhuachín, César. (2013). ["Lenguaje y discriminación: Una perspectiva latina en los Estados Unidos de América."](#), Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes, vol.1, núm. 2, pp. 18-24. Recuperado el 12 de octubre de 2024
- Castro Castro, José Francisco. (2019, marzo). ["Discriminación en las relaciones laborales. Algunas consideraciones"](#) Revista SUSESO, Gobierno de Chile. Recuperado el 5 de octubre de 2024.
- Clark, Donald, Colantonio, Lisandro D. Colantonio, Min, Yuang-I, Hall, Michael. E., Zhao, Hong, Mentz, Robert, & Muntner, Paul. (2019). ["Population-Attributable Risk for Cardiovascular Disease Associated With Hypertension in Black Adults."](#) JAMA Cardiology. 1194-1202. Recuperado el 12 de octubre de 2024.
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal (2016). [Código Penal de la Ciudad de México. \(2016\). Ciudad de México.](#) Congreso de la Ciudad de México I Legislatura. Congreso Constituyente. pp. 120-156. Recuperado el 2 de octubre de 2024
- Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación (2008). [Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.](#) Artículo 1. p.12 . Recuperado el 2 de octubre de 2024
- Congreso de la Unión. (2023). [Ley Federal del Trabajo.](#) Artículo. 2. Párrafo. 3 y 4. Tribunal Electoral del Poder Judicial de la Federación. Recuperado el 3 de octubre de 2024.
- Congreso de la Unión. (2023). [Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación.](#) Artículo 1. Párrafo. 2. Tribunal Electoral del poder Judicial de la Federación. Recuperado el 3 de octubre de 2024.
- COPRED (Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México). ["Manual de lenguaje incluyente"](#). Ciudad de México: COPRED, 2020. Consultado el 16 de octubre de 2024.
- Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México. (2021, agosto). ["Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México"](#). Gobierno de la Ciudad de México. pp. 7-8. Recuperado el 5 de octubre de 2024.
- Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México. (2024). ["Lineamientos para la prevención de la discriminación."](#) Ciudad de México. Consultado el 16 de octubre de 2024.
- Cooper, Richard y Rotimi, Charles. (1997). ["Hypertension in Blacks. American Journal of Hypertension."](#), Revista American Journal of Hipertensión". Vol.10, número. 10. pp.804-812. Recuperado el 20 de octubre de 2024.
- ENDIREH Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). [Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares.](#) INEGI. Recuperado el 5 de octubre de 2024, de p.33.

- Focas, Brenda. (2013). [La opresión del capitalismo moderno: una reflexión sobre los nuevos métodos de selección del personal](#). Santiago, Argentina. Revista Trabajo y Sociedad, número.21. pp. 101-108. Recuperado el 6 de octubre de 2024.
- Foucault, Michel.(1996) "Historia de la medicalización." En La vida de los hombres infames, editado por Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría, 85-107. Madrid: Editorial La Piqueta.
- Foucault, Michel. (1976). "La crisis de la medicina o la anti medicina." La vida de los hombres infames, editado por Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría, 107-200. Madrid: Editorial Piqueta
- Gobierno de la Ciudad de México. Secretaría de Salud. (2021). "Clínica Especializada Condesa." Recuperado el 12 de octubre de 2024. <https://www.clinicacondesa.org.mx>
- Gobierno de la Ciudad de México. Secretaría de Salud (2021). "Clínica Integral de Bienestar Emocional". Recuperado de <https://www.salud.cdmx.gob.mx>
- Gobierno de la Ciudad de México. (2022). "Campaña Salud sin Estigma. Gobierno de México. (2024). México: Empleo y educación". DATA México. Recuperado el 3 de octubre de 2024, de <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/mexico#education-and-employment>.
- Hernández Martínez, Maricela., & Baz Suárez, Verónica (2024). "[Panorama de los casos de Discriminación en la Ciudad de México: Estudio de las quejas atendidas por el COPRED 2013-2022.](#)" Primera edición, pág. 15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2021). "[Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021 \(ENDIREH\).](#)" Recuperado el 12 de octubre de 2024.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Secretaría de Salud (2021). "Inclusión laboral y programas de salud." Recuperado el 2 de octubre de 2024 de <https://www.imss.gob.mx>.
- Krieger, Nancy. (2014). "[Discrimination and health inequities](#)". International Journal of Health Services: planinig, administration, evaluation. Vol. 44 núm.4 , pp. 643-710.
- Gobierno de la Ciudad de México. (2008). "[Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la Ciudad de México.](#)" Publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 29 de enero de 2008. Recuperado el 2 de octubre de 2024.
- Gobierno de la Ciudad de México. (2015) "Ley de los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México ". Publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 9 de junio de 2015. . Recuperado el 11 de octubre de 2024 de www.consejeria.cdmx.gob.mx/storage/app/media/decretos/Decreto20180604.pdf
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2025. "Ley Federal del Trabajo". Artículo. 123. Publicado en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 1° de Abril de 1970. Recuperado el 2 de noviembre de 2024 de . Recuperado el 11 de octubre de 2024 de

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/156203/1044_Ley_Federal_del_Trabajo.pdf

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2011) Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2011. Recuperado el 4 de octubre de 2024 de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1976). "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", 993 U.N.T.S. 3. Adoptado el 16 de diciembre de 1966, entro en vigor el 3 de enero de 1976. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en . <https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1979)"Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer." U.N.T.S. Adoptada el 18 de diciembre de 1979, Recuperado el 22 de octubre de 2024 en <https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2008) "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad." Adoptada el 13 de diciembre de 2006, entró en vigor el 3 de mayo de 2008. Recuperasdo el 22 de octubre de 2024 en <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

Organización de Naciones Unidas (ONU). (2015). "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible." Resolución adoptada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. Recuperado el 20 de octubre de 2024 en https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf. México. Secretaria del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-001-STPS-2008. (2008). "Edificios, locales, instalaciones y áreas en los centros de trabajo - Condiciones de seguridad." Diario Oficial de la Federación(DOF), 24 de noviembre de 2008. Recuperada el 20 de octubre de 2024 en <https://asinom.stps.gob.mx/upload/noms/Nom-001.pdf>.

Naciones Unidas. (1948). [Declaración Universal de los Derechos Humanos](https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf). Recuperado de: https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

México. Secretaria del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010. (2010). "Condiciones de seguridad - Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo." Diario Oficial de la Federación (DOF), 9 de diciembre de 2010. Recuperada el 20 de octubre de 2024 en <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4228/stps/stps.htm>.

México. Secretaria del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-003-STPS-1999. (1999)." Uso de plaguicidas y fertilizantes en actividades agrícolas." Diario Oficial de la Federación (DOF), 28 de diciembre .de 1999. Recuperado el 20 de octubre de 2024 en <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/4020/salud/salud.htm>.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-004-STPS-1999. (1999). "Sistemas de protección y dispositivos de seguridad en la maquinaria y equipo." Diario Oficial de la Federación (DOF), 31 de mayo de 1999. Recuperado el 20 de octubre de 2024 en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4948965&fecha=31/05/1999#gsc.tab=0.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-005-STPS-1998. (1998). "Sustancias químicas peligrosas - Condiciones de seguridad e higiene." Diario Oficial de la Federación (DOF), 2 de febrero de 1999. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5829/stps3a11_C/stps3a11_C.html.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-006-STPS-2023. (2023). "Condiciones de seguridad para almacenamiento y manejo de materiales". Diario Oficial de la Federación (DOF), 11 de septiembre de 2023. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/9412/stps/stps.html>.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-009-STPS-2011. (2011). "Condiciones de seguridad para trabajos en altura" Diario Oficial de la Federación (DOF), 6 de mayo de 2011. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en <https://dof.gob.mx/normasOficiales/4377/stps/stps.htm>.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-010-STPS-2014. (2014). "Agentes químicos contaminantes del ambiente laboral." Diario Oficial de la Federación (DOF), 28 de abril de 2014. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5359/stps2a11_C/stps2a11_C.html.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-011-STPS-2001. (2001). "Ruido - Condiciones de seguridad e higiene." Diario Oficial de la Federación (DOF), 17 de abril de 2002. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en <https://www.stps.gob.mx/bp/secciones/dgsst/normatividad/normas/Nom-011.pdf>.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-012-STPS-2012. (2012). "Radiaciones ionizantes - Condiciones de seguridad e higiene". Diario Oficial de la Federación (DOF), 31 de octubre de 2012. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en <https://www.stps.gob.mx/bp/secciones/dgsst/normatividad/normas/nom-012.pdf>.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-013-STPS-1993. (1993). "Radiaciones electromagnéticas no ionizantes." Diario Oficial de la Federación (DOF), 6 de diciembre de 1993. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4809618&fecha=06/12/1993#gsc.tab=0.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-015-STPS-2001. (2001). "Condiciones térmicas elevadas o abatidas." Diario Oficial de la Federación (DOF), 14 de junio de 2002. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/680156/NOM-015-STPS-2001.pdf>.

- México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-016-STPS-2001. (2001). "Ferrocarriles - Condiciones de seguridad". Diario Oficial de la Federación(DOF), 12 de julio de 2001. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://www.stps.gob.mx/bp/secciones/dgsst/publicaciones/guias/Guia_016.pdf.
- México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2008. (2008). "Equipo de protección personal". Diario Oficial de la Federación(DOF) , 9 de diciembre de 2008. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/9496/stps/stps.html>.
- México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-018-STPS-2015. (2015). "Sistema armonizado para sustancias químicas peligrosas." Diario Oficial de la Federación(DFO), 9 de octubre de 2015. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5411121&fecha=09/10/2015.
- México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011. (2011). "Comisiones de seguridad e higiene." Diario Oficial de la Federación (DOF), 13 de abril de 2011. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5185903&fecha=13/04/2011#gsc.tab=0.
- México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-020-STPS-2011. (2011). "Recipientes sujetos a presión, recipientes criogénicos y calderas." Diario Oficial de la Federación (DOF), 27 de diciembre de 2011. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/138731/NOM-020-STPS-2011.pdf>.
- México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-022-STPS-2015. (2015). "Condiciones de seguridad por electricidad estática en los centros de trabajo". Diario Oficial de la Federación (DOF), 1 de abril de 2016. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5948/stps2a11_C/stps2a11_C.html.
- México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-023-STPS-2012. (2012). Minas subterráneas y a cielo abierto. Diario Oficial de la Federación (DOF), 11 de octubre de 2012. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272056&fecha=11/10/2012.
- México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-024-STPS-2001. (2001). "Vibraciones - Condiciones de seguridad e higiene." Diario Oficial de la Federación (DOF), 11 de enero de 2002. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=737289&fecha=11/01/2002&print=true.
- México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-025-STPS-2008. (2008). "Condiciones de iluminación en los centros de trabajo." Diario Oficial de la Federación (DOF), 30 de diciembre de 2008. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3581/stps/stps.htm>.
- México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-026-STPS-2008. (2008). Colores y señales de seguridad e higiene. Diario Oficial de la Federación (DOF), 25

de noviembre de 2008. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en <https://www.stps.gob.mx/bp/secciones/dgsst/normatividad/normas/nom-026.pdf>.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-027-STPS-2008. (2008). "Actividades de soldadura y corte - Condiciones de seguridad e higiene". Diario Oficial de la Federación (DOF), 7 de noviembre de 2008. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3536/stps1/stps1.htm>.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-028-STPS-2012. (2012). "Sustancias químicas peligrosas." Diario Oficial de la Federación (DOF), 6 de septiembre de 2012. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5411121&fecha=09/10/2015#gsc.tab=0.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-029-STPS-2011. (2011). "Instalaciones eléctricas - Condiciones de seguridad para su mantenimiento." Diario Oficial de la Federación (DOF), 29 de septiembre de 2011. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5227363&fecha=29/12/2011#gsc.tab=0.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009. (2009). "Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo." Diario Oficial de la Federación (DOF), 22 de diciembre de 2009. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en <https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/3923/stps/stps.htm%23:~:text=3DNORMA%2520Oficial%2520Mexicana%2520NOM%2520D030%2Cel%2520trabajo%252DFunciones%2520y%2520actividades%26text%3DEstablecer%2520las%2520funciones%2520y%2520actividades%2Caccidentes%2520y%2520enfermedades%2520de%2520trabajo>.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-033-STPS-2015. (2015). "Espacios confinados - Condiciones de seguridad para su acceso y actividades." Diario Oficial de la Federación (DOF), 11 de septiembre de 2015. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php%3Fcodigo%3D5405659%26fecha%3D31/08/2015#gsc.tab=0.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-034-STPS-2016. (2016). "Condiciones de seguridad para trabajadores con discapacidad." Diario Oficial de la Federación (DOF), 20 de diciembre de 2016. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5445287

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018. (2018). "Factores de riesgo psicosocial en el trabajo". Diario Oficial de la Federación (DOF), 23 de octubre de 2018. Recuperado el 22 de octubre de 2024 en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018#gsc.tab=0.

México. Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS-2018. (2018). "Factores de riesgo ergonómico en el manejo manual de cargas." Diario

Oficial de la Federación, 23 de noviembre de 2018. Recuperado el 23 de octubre de 2024 en https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/7468/stps11_C/stps11_C.html.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). "Convenio sobre la seguridad social" (norma mínima), 1952 (núm. 102). Adoptado el 28 de junio de 1952. Recuperado el 24 de octubre de 2024 en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_COD E:C102

Organización Internacional del Trabajo (OIT). "Convenio sobre la discriminación" (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111). Adoptado el 25 de junio de 1958. Recuperado el 24 de octubre de 2024 en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_COD E:C111

Organización Internacional del Trabajo (OIT). "Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares," 1981 (núm. 156). Adoptado el 23 de junio de 1981. Recuperado el 24 de octubre de 2024 en https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_COD E:C156.

Organización Mundial de la Salud. (2014). Documentos Básicos 48° Edición. Ginebra, Suiza: OMS. Obtenido de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>. Consultado el 9 de octubre de 2024.

Pelcastre-Villafuerte, Blanca, Cuecuecha Rugerio, Elizabeth, Treviño Siller, Sandra, Rueda Neria, Celia y Ruelas-González, María Guadalupe. (2020). "[Health needs of indigenous Mayan older adults in Mexico and health services available.](#)" Health & Social Care in the Community. Vol.28, núm. 5: pp.1688-1967.

Rodríguez Zepeda, Jesús, Alejandro Sahuí, and haza hernandez. "Jesús Rodríguez Zepeda (Coord.) (2021) [La Discriminación En Serio: Estudios De Filosofía Política Sobre Discriminación e Igualdad De Trato](#), México, UAMI y Ediciones Del Lirio." J. Rodríguez Zepeda (Coord.) La Discriminación En Serio: Estudios De Filosofía Política Sobre Discriminación e Igualdad De Trato.

Rodríguez Zoya, Paula (2022). "Biopolítica y subjetivación de los cuerpos medicalizados." Latin American Journal of Development. Vol.4. Núm. 3. Pp. 1053-1081. Recuperado el 24 de Octubre de 2024 en <https://ojs.latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/jdev/article/view/1086/981>.

Roberts, Jessica y Weeks, Elizabeth (2018). "Healthism: health-status discrimination and the law." Cambridge, UK: Cambridge University Press. Vol. 94 No. 1. Recuperado el 25 de octubre de 2024 en : https://www.researchgate.net/publication/328747372_Healthism_Health-Status_Discrimination_and_the_Law.

Secretaría de Salud, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Secretaría de Economía, & Instituto Mexicano del Seguro Social. (2020). "Lineamientos Técnicos de Seguridad Sanitaria en el Entorno Laboral." Recuperado el 27 de octubre de 2025 en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/552549/Lineamientos_de_Seguridad_Sanitaria_Version_17_mayo_final.pdf.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). (2000). "Programa de Autogestión en Seguridad y Salud en el Trabajo (PASST)": Directrices y objetivos. Recuperado el 27 de octubre de <https://www.gob.mx/stps>.

Sfez, Lucien (2008). "La salud perfecta. Crítica de una nueva utopía." 1ra edición. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Solís, Patricio (2017). "Discriminación estructural y desigualdad social en México." 1ra edición. Ciudad de México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

Young, Iris Marion (1990). "Justice and the Politics of Difference". Princeton University Press. JSTOR. Recuperado el 24 de octubre de 2024 de <https://doi.org/10.2307/j.ctvc4g4q>.



CIUDAD DE MÉXICO
CAPITAL DE LA TRANSFORMACIÓN



COPRED